Aus der Universitäts-Frauenklinik Tübingen
Kommissarischer Direktor: Prof. Dr. V. Probst

*

Psychosoziale Aspekte der Nebenwirkungen von Ovulationshemmern

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Sigurd Keßler
aus Tübingen

1974

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546528_0100

Aus der Universitäts-Frauenklinik Tübingen
Kommissarischer Direktor: Prof. Dr. V. Probst

*

Psychosoziale Aspekte der Nebenwirkungen von Ovulationshemmern

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Sigurd Keßler
aus Tübingen

1974

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan:	Prof. Dr. E. Körber
1.Berichterstatter:	Priv. Doz. Dr. E. Kidess
2.Berichterstatter:	Prof. Dr. V. Probst

Inhaltsverzeichnis

		Seite
Vorbemerkung		2
I. Einleitung	A. Abgrenzung des Themas	3
	B. Literaturübersicht	5
	C. Rollentheoretische Grundlagen	9
II. Hypothesen		13
III. Methodik	A. Die Zusammenstellung der Stichprobe	14
	B. Methode der Befragung und Auswertung	17
IV. Ergebnisse	Beeinflussung der Nebenwirkungsrate von Ovulationshemmern durch:	
	A. Soziologische Merkmale	21
	B. Erziehung und Einstellung	23
	C. Wissen über Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane sowie über die Wirkungsweise der Ovulationshemmer	28
	D. Informationen über Nebenwirkungen der Ovulationshemmer	32
	E. Sexualität	33
V. Diskussion		42
VI. Zusammenfassung		47
Literatur		49
Anhang: Tabellen und Fragebogen		55
Nachwort		75

VORBEMERKUNG:

Die vorliegende Dissertation wird von der Untersuchung von Jan Pferdmenges ergänzt, die als Dissertation zur Zeit noch an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen in Vorbereitung ist. Die zitierten Ergebnisse beruhen auf persönlichen Mitteilungen.

Jan Pferdmenges hat vor allem den Einfluß subjektiver Faktoren - wie Rollenvorstellungen und Partnerschafts-einstellungen - auf Nebenwirkungen von Ovulationshemmern untersucht.

Diese Arbeit geht demgegenüber auf die Einflüsse einiger objektiver soziologischer Merkmale und des Informations-standes über Vorgänge der Kontrazeption ein.

I. EINLEITUNG

A. Abgrenzung des Themas

Seit der Entdeckung der Ovulationshemmer nimmt die Diskussion um ihre Nebenwirkungen breiten Raum ein. Da die Präparate einerseits weite Anwendung gefunden haben, andererseits ihre Einnahme mit erheblichen Konsequenzen für die persönliche Lebensführung verbunden ist, wird diese Problematik nicht nur in wissenschaftlichen Veröffentlichungen, sondern auch in Abhandlungen der Laienpresse erörtert. Die Diskussion wird keineswegs immer auf sachlicher Ebene geführt; wegen der traditionellen Sexualfeindlichkeit unserer Kultur ist es nicht verwunderlich, daß sie immer wieder emotionale Züge annimmt (24, 28, 32).

Darlegungen unter emotionalen Vorbehalten sind jedoch nicht geeignet, die Probleme der betroffenen Frauen zu klären. So kann durch oberflächliche Lektüre mancher Artikel der Tages- oder Wochenpresse bei bestimmten Personen durchaus die Überzeugung weitgehender Schädlichkeit der Ovulationshemmer aufkommen.

Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus erscheinen prinzipiell verschiedene Methoden zur Bearbeitung dieser Problematik erforderlich zu sein. Von pharmakologisch-endokrinologischer Seite werden die grundlegenden Kenntnisse über die kontrazeptive Potenz der angewandten Präparate und deren Interferenz mit biologischen Reaktionsabläufen erarbeitet. Es handelt sich dabei in erster Linie um Ursache, Häufigkeit und Verhütung von somatischen Nebenwirkungen wie Thromboseneigung und Krebsgefährdung.

Weiterhin ist es Ziel dieser Forschung, Zusammenhänge zwischen den verabreichten Hormonen und vegetativen sowie psychischen Nebenwirkungen nachzuweisen (3, 4, 15). Danach werden die Nebenwirkungen als Probleme der Relation zwischen Östrogen- und Gestagenkomponente eines Präparates betrachtet. Den Gestagenen wird ein starker Einfluß auf Stimmung und Antrieb - im Sinne eines dysphorisch-antriebsschwachen Syndroms (PETERSEN) - zugesprochen (26). Übelkeit und Kopfschmerzen werden danach mit einem relativen Überwiegen der Östrogenkomponente erklärt, während Appetitzunahme, Libidoverlust und Müdigkeit auf eine zu starke Gestagenwirkung zurückgeführt werden (3, 4, 6, 9, 19, 35).

Von anderen Untersuchern wird jedoch darauf hingewiesen, daß eindeutige Resultate zu diesem Problem noch nicht vorliegen. GLICK zieht aus der kritischen Analyse verschiedener Studien den Schluß, daß es sich bei der Östrogen-Gestagen-Behandlung - etwa bei Post-Partum-Psychosen- und klimakterischen Depressionen - lediglich um Plazeboeffekte handelt.

Daß vegetative Beschwerden wie Nausea unter Pilleneinnahme zum großen Teil auf Plazeboeffekten beruhen, ist schon 1959 von PINCUS nachgewiesen worden, indem bei Doppeltblindversuchen die Häufigkeit von Übelkeit unabhängig davon war, ob die Frauen Milchzucker einnahmen, in dem Glauben, es handele sich um Ovulationshemmer, oder tatsächlich das orale Kontrazeptivum Enovid. Bei Gabe eines weiteren Plazebos - angeblich gegen das Unwohlsein - verringerten sich die Beschwerden in beiden Gruppen um den gleichen Prozentsatz (27).

Obwohl seither über den Einfluß psychischer und vereinzelt auch über den Einfluß soziologischer Faktoren auf die Nebenwirkungsrate der Ovulationshemmer diskutiert worden ist, beschäftigte sich die Mehrzahl der klinischen und experimentellen Untersuchungen mit dem Problem der Nebenwirkungen als Folge der zugeführten Hormone. Die vorliegende Studie hat die Absicht, einen Beitrag zur Klärung des Problems zu leisten, ob und in welcher Form Nebenwirkungen mit sozialen oder psychosozialen Merkmalen korrelieren.

B. Literaturübersicht

Die Nebenwirkungen der Ovulationshemmer können also nicht ausschließlich als Folge hormonaler Veränderungen angesehen werden. Die Auswirkungen oraler Kontrazeption auf die Psyche sind schon früh untersucht worden. Eine der ersten gründlichen Studien zu dieser Frage stammt von ZELL und CRISP aus dem Jahre 1964. Sie verzeichneten einerseits positiv bewertete Veränderungen wie Abnahme der Menstruationsblutung und Verringerung dysmenorrhoischer Beschwerden und andererseits emotionale Krisen auf Grund von Amenorrhoe. Nach psychoanalytischer Exploration der Patientinnen teilten sie die unbewußten Vorbehalte gegen die Pille in vier Kategorien ein: Die Furcht vor einem schädlichen Effekt auf den Körper, die Ungewißheit, ob und in welcher Richtung sich die sexuellen Bedürfnisse verändern (Frigidität oder sexuelle Aggressivität), die Angst vor unzureichendem Kontrazeptionsschutz und schließlich die Furcht vor verschiedenartigen Problemen, die - nicht genauer definiert - teils als realistisch, teils als unrealistisch bezeichnet wurden (z.B. Reversibilität der Fertilität, Einfluß auf die Menopause).

Auffallend waren inadäquat heftige Reaktionen schon auf leichte Nebeneffekte.
ZELL und CRISP berichten auch von einer Patientin (von insgesamt 250), die die Einnahme der Pille wegen der Nebenwirkungen abbrechen wollte. Im Verlauf der Psychoanalyse stellte sich jedoch eine Furcht vor unkontrolliertem sexuellem Verhalten wegen des Fortfalls der Schwängerungsangst heraus. Im Hinblick auf die Ausführungen der vorliegenden Untersuchung kann diese Patientin als ein extremes Beispiel für Konflikte angesehen werden, die sich aus Furcht vor Verstoß gegen gesellschaftliche Normen ergeben und sich in derart gravierenden Nebenwirkungen äußern, daß sie zum Abbruch der Medikation führen können.

Eine umfassende Zusammenstellung der Literatur zu dem Problem der psychogenen Ursachen von Nebenwirkungen bei Ovulationshemmern findet sich bei P. NIJS. Auffällig ist, daß die Bearbeitung dieser Fragestellung mit sehr unterschiedlichen Methoden vorgenommen wurde und die getroffenen Aussagen deshalb notwendigerweise uneinheitlich sind. Die Häufigkeitsangaben schwanken erheblich, gleiche Symptome werden von verschiedenen Autoren auf unterschiedliche Ursachen zurückgeführt.

Um jedoch reproduzierbare Ergebnisse zu erhalten, ist es Voraussetzung, einen allgemein anerkannten Katalog streng definierter Nebenwirkungen zu erarbeiten, sowie eine standardisierte Methodik zu deren Registrierung.

Ungeklärt ist das Problem, ob die Nebenwirkungen bei oraler Kontrazeption eine Abhängigkeit von soziologischen Merkmalen aufweisen. Auf Grund theoretischer Überlegungen wäre eine solche Abhängigkeit denkbar oder zu erwarten.

Es ist bekannt, daß die Einstellung zur Sexualität und die sexuelle Praxis eng mit der Zugehörigkeit zu einer soziologischen Schicht gekoppelt sind (13, 18, 32, 33). In gleicher Weise sind die Einstellung zur Kontrazeption und das kontrazeptionelle Verhalten für bestimmte Gruppierungen typisch (The Growth of American Families Study, The National Fertility Study).

So wurde in "The National Fertility Study" (1965) aufgezeigt, daß Frauen der unteren Bildungsschichten seltener antikonzeptive Methoden anwandten als Frauen mit "College-Ausbildung". Als Grund dafür wurden vor allem unterschiedliche Auffassungen über die Familie herausgestellt. Die kontrazeptive Methode variierte in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren u.a. davon, in welchem Maße ärztliche Beratung zur Verfügung stand und wie stark der Wunsch nach Empfängnisverhütung tatsächlich war.

Mit der weltweiten Anwendung der Pille ist zwar eine weitgehende Vereinheitlichung der kontrazeptionellen Methode eingetreten, gleichzeitig ist aber die schichtenspezifische Einstellung zu Schwangerschaft und Empfängnisverhütung im wesentlichen gleich geblieben. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, daß die Beurteilung der Pille soziologischen Abhängigkeiten unterworfen ist (12, 17).

Bezüglich der Zusammenhänge zwischen psychischen Konflikten und körperlichen oder vegetativen Nebenwirkungen ist von psychoanalytischer Seite an zahlreichen Einzelbeispielen nachgewiesen worden, daß Nebenwirkungen immer dann gehäuft auftreten, wenn die Pille die Realisierung der - größtenteils unbewußten - Wünsche verhindert (21, 22, 23). Das legt den Schluß nahe, daß bei schichtspezifischen sexuellen und kontrazeptiven Konflikten auch schichtspezifische Nebenwirkungen bei Pilleneinnahme nachweisbar sind.

Die zu diesem Problem veröffentlichte Studien geben keine einheitliche Beurteilung wieder. NILSON fand bei seinen Untersuchungen keinen Zusammenhang zwischen der Frequenz der psychischen Nebenwirkungen und Merkmalen wie Alter, Kinderzahl, Ehestand und sozialer Herkunft. PETERSEN weist zwar "toxische Plazebo-Effekte" bei psychischen und vegetativen Nebenwirkungen nach, die aber nicht spezifisch seien für das Motiv der Kontrazeption. Demgegenüber haben LEWIS und HOGUGHI über 50 Frauen berichtet, die vorwiegend der Arbeiterklasse angehörten, bei denen nach der Hamilton Rating Scale depressive Verstimmungen häufiger und in schwerwiegenderer Form als bei der Kontrollgruppe nachgewiesen worden sind.

RODGERS und ZIEGLER haben Untersuchungen, welche an 39 Ehepaaren über einen Zeitraum von 4 Jahren durchgeführt worden sind, zur Frage nach den Ursachen für den Abbruch der Pilleneinnahme vorgelegt. Es hat sich gezeigt, daß nicht objektive Nebenwirkungen dafür maßgebend waren, sondern Persönlichkeitsmerkmale und Rollenverhalten in der Ehe.

Frauen, die fortfahren, die Pille einzunehmen, werden als eigenverantwortliche (responsible) Persönlichkeiten beschrieben. Im Vergleich zu den "pill-stopping-women" spielen sie ihrem Ehemann gegenüber eher eine dominierende Rolle, sind ihm intellektuell ebenbürtig und haben eher ein größeres als ein geringeres sexuelles Bedürfnis als ihr Ehemann. Wenn andererseits durch die Pilleneinnahme eheliche Konflikte noch verschärft werden (typisches Beispiel: Der Ehemann fordert größere sexuelle Aktivität und der Frau fehlt die Entschuldigung der Furcht vor der Schwangerschaft, um sich dem Geschlechtsverkehr zu entziehen), führt das entweder zum Abbruch der Pilleneinnahme oder zu vermehrten negativen Nebenwirkungen (31, 37).

C. Rollentheoretische Grundlagen

Die Fragestellungen dieser Untersuchung sind auf ein rollentheoretisches Modell bezogen worden, das zunächst soweit skizziert werden soll, wie später darauf zurückgegriffen wird.

Unter "Rolle" wird nach DREITZEL die Summe der Erwartungen und Ansprüche einer Gruppe oder einer Gesellschaft an das Verhalten des Inhabers einer sozialen Position verstanden (7, 10). Diese Rollenerwartungen, die sich aus einer Vielzahl von Normen zusammensetzen, existieren unabhängig von der Person des Rollenträgers, d.h. für Personen mit gleicher sozialer Position bestehen gleiche Rollenerwartungen.

Für jede Gruppe oder Gesellschaft ist es Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit, daß ein hierarchisch gegliedertes und aufeinander abgestimmtes System von Verhaltensnormen besteht. Auch für die Einzelperson erweist sich eine Rangordnung der verschiedenen gesellschaftlichen Rollen als notwendig. Da jeder Mensch Träger einer Vielzahl von Rollen ist, können die daraus abgeleiteten Verpflichtungen niemals gleichzeitig erfüllt werden; sie werden vielmehr in der Reihenfolge ihrer gesellschaftlichen Wertschätzung wahrgenommen (5). Das heißt beispielsweise, daß Aufgaben der Berufsrollen grundsätzlich vor denen der Freizeitrollen erfüllt werden.

Das Handeln gemäß den gesellschaftlichen Erwartungen kann von den Individuen unterschiedlich aufgefaßt werden. Es bleibt unbewußt, wenn die gesellschaftlichen Normen im Laufe der individuellen Entwicklung internalisiert, d.h., wenn sie vollständig zu eigenen Normen gemacht worden sind.
Weiterhin können die Rollenerwartungen Orientierungshilfen sein, um sich in der Fülle der zu bewältigenden Situationen zurechtzufinden. Andererseits haben gewisse Rollen durchaus repressiven Charakter. Sie können als Zumutung und Last empfunden werden, wenn die gesellschaftlichen Rolleninhalte und die eigenen Vorstellungen differieren. Sanktionen bei Verstoß gegen diese Normen, sowie Gratifikationen bei deren Erfüllung sind die Mittel der Gesellschaft, ein rollenkonformes Verhalten zu erwirken.

Inhalt und Bedeutung der verschiedenen Rollen sind keineswegs etwas Statisches oder Allgemeingültiges. Vielmehr unterliegt ihre gesellschaftliche Beurteilung Einflüssen von verschiedenen Faktoren, als deren wichtigste historische Veränderungen und unterschiedliche soziale Gruppierungen zu nennen sind.

Das gilt natürlich auch für die Rollen der Frau, die für diese Untersuchung relevant sind, nämlich die Rollen der Mutter, der Gattin, der Geschlechtspartnerin und des Berufs. Die Erwartungen, die heute gegenüber der Mutter- und Gattinenrolle bestehen, unterscheiden sich prinzipiell von denen früherer Zeiten: Die Normen zielen nicht mehr auf eine starke Bindung an Haushalt und Familie bei eindeutiger Unterordnung unter die dominierende Rolle des Mannes. Allgemein kann gesagt werden, daß die Rolleninhalte heute den Charakter von Vollzugsnormen (DREITZEL) zunehmend verlieren, indem nicht mehr festgesetzt ist, wie etwa der Haushalt bis in Einzelheiten zu führen ist oder was eine "wohlerzogene" Tochter zu tun oder zu lassen hat. An ihre Stelle sind Qualitäts- oder Gestaltungsnormen (DREITZEL) getreten, bei denen die zu erreichenden Ziele zur Norm erhoben werden, wobei die Wahl der Methoden weitgehend der jeweiligen Person überlassen bleibt (10). Die Rolle der Sexualpartnerin wird so nicht mehr ausschließlich mit der Gattinenrolle verbunden.

Veränderungen haben aber nicht nur hinsichtlich der Rolleninhalte stattgefunden; zu den traditionellen Rollen der Frau sind neue hinzugekommen, z.B. die Berufsrollen. Diese Verschiebungen in der allgemeinen Auffassung über die weiblichen Rollen, von denen nur die im folgenden interessierenden Aspekte skizziert worden sind, werden für die vorliegende Untersuchung zunächst ohne Wertung betrachtet.

Sie können auf der einen Seite die persönliche Entscheidungsfreiheit vergrößern, andererseits jedoch auch Ursache von Konflikten sein. Größere Unabhängigkeit erfordert ein größeres Maß an Verantwortung für die persönlichen Verhaltensweisen. In dem Maße wie der Zwang zu bloßer Ausführung detaillierter Rollenvorschriften abgenommen hat, wurde die Verpflichtung zu Eigenentscheidungen größer und damit gleichzeitig die Möglichkeit, mit der sozialen Umwelt in Widerspruch zu geraten. Es hängt von der Persönlichkeit (BASTIN) einer Frau ab, ob sie diese Wandlungen begrüßt und sich der größeren Verantwortung für die eigene Lebensführung gewachsen fühlt, oder ob sie vor der Zunahme der Entscheidungsanforderung zurückweicht (5).

II. HYPOTHESEN

Ausgangspunkt der Untersuchung war die Annahme, daß die Ursachen für die Nebenwirkungen der Ovulationshemmer nicht ausschließlich in der hormonellen Beeinflussung verschiedener Organe und Körpersysteme zu suchen sind, sondern sozialpsychologische und tiefenpsychologische Aspekte als Mitursachen beteiligt sind.
Dazu sind Hypothesen aufgestellt worden:

1. Erziehung und Einstellung zu politischen, religiösen und sexuellen Fragen haben Einfluß auf die Sexualität und damit auf die Nebenwirkungen der Ovulationshemmer. Bei Frauen mit einer konservativ restriktiven Erziehung und Einstellung zeigen sich mehr negative Nebenwirkungen.
2. Der Informationsstand über Geschlechtsfunktion und hormonelle Kontrazeption wirkt sich auf die Nebenwirkungen aus.
3. Bei Unzufriedenheit mit der sexuellen Praxis (z.B. Wunsch nach mehr Verkehr) oder einer Diskrepanz zwischen konservativ restriktiver Haltung und liberaler sexueller Praxis wird eine erhöhte Anzahl negativer Nebenwirkungen erwartet.
4. Eine harmonische Partnerbeziehung und eine befriedigende Regelung der Dominanz wirken sich positiv auf die Nebenwirkungen aus.
5. Frauen, bei denen eine weitgehende Bereitschaft besteht, sich in Übereinstimmung mit den sozialen Rollen zu verhalten und die sich durch die Rollenerwartungen nicht überfordert fühlen, haben mehr positive und weniger negative Nebenwirkungen.

Die Ergebnisse zu den Hypothesen 4 und 5 werden in der Dissertation von J. PFERDMENGES ausgeführt.

III. METHODIK

A. Die Zusammenstellung der Stichprobe

Ursprünglich war geplant, die psychologischen Aspekte der Nebenwirkungen von Ovulationshemmern an zwei Vergleichsgruppen, ledigen Studentinnen und ledigen Arbeiterinnen, zu untersuchen. Wir sind davon ausgegangen, daß aufgrund der verschiedenartigen sozialen Situationen in beiden Gruppen unterschiedliche Vorstellungen zu Ehe, Sexualität und Kontrazeption bestehen (17, 24, 33). Die Inhalte der weiblichen Rollen hängen wie alle Rolleninhalte vom sozialen Milieu ab und müssen sich deshalb bei Arbeiterinnen und Studentinnen deutlich unterscheiden.

Die Schwierigkeiten, Arbeiterinnen als Testpersonen zu gewinnen, erwiesen sich jedoch größer als vermutet. Sie ergaben sich aus dem relativ frühen Heiratsalter, einer geringeren Anwendung der hormonalen Empfängnisverhütung (17) und vor allem aus einer starken Zurückhaltung, über Belange der Intimsphäre Auskunft zu geben. Angaben einzelner Probandinnen weisen darauf hin, daß Probleme der Sexualität und Empfängnisverhütung unter Arbeiterinnen selten diskutiert werden. Danach betrachten es besonders die ledigen Arbeiterinnen als vordringlich, daß ihre Pilleneinnahme nicht bekannt wird, da sie befürchten, sonst im Betrieb "als Freiwild zu gelten".

Diese Schwierigkeiten konnten wir mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln nicht überwinden. Wir haben uns deshalb entschlossen, die Vergleichsgruppe neu abzugrenzen und zwar als "ledige, berufstätige Frauen ohne höhere Schulbildung". Zu dieser Änderung sahen wir uns berechtigt, da die grundsätzliche Fragestellung dadurch nicht berührt worden ist.

Auf ledige Probandinnen haben wir uns beschränkt, weil sich mit der Heirat die Begründung für die Kontrazeption ändert. Furcht vor gesellschaftlicher Diskriminierung und die Absicht, die Berufsausbildung zu beenden, sind typische Motive der unverheirateten Frau. Der Wunsch, den zeitlichen Abstand zwischen den einzelnen Kindern selbst zu wählen (child-spacing) und dadurch jedem Kind die gebührende Zuwendung zukommen zu lassen, sind u.a. die Gründe der verheirateten Frau zur Pilleneinnahme (29). Zur besseren Übersicht haben wir die soziologischen Variablen deshalb auf eine geringe Anzahl zu beschränken versucht.

Bei den Testpersonen (31 Studentinnen, 31 Berufstätige) handelte es sich in erster Linie um Frauen, die zur Routineuntersuchung die Ambulanz der Universitätsfrauenklinik Tübingen aufgesucht haben. Außerdem wurde auf folgende Weise versucht, Testpersonen zu gewinnen:

1. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Gynäkologen in Tübingen schlug trotz teilweiser Bereitschaft fehl. Die berufliche Überbeanspruchung dieser Ärzte mag dem zugrunde liegen.
2. In Mittel- und Kleinbetrieben des Kreises Tübingen mit vorwiegender Frauenbelegschaft wurde uns teilweise erlaubt, am Arbeitsplatz Informationen mit Angabe über Sinn und Zweck unserer Untersuchung, verteilen zu lassen. Trotz Zusicherung der Anonymität und eines neutralen Befragungsortes sowie eines finanziellen Anreizes erhielten wir keine Antwort.
3. In einem Biberacher Betrieb ließen sich parallel zu einer gynäkologischen Reihenuntersuchung einige berufstätige Frauen testen.

4. Während der Kontakt mit den Berufsschulen des Kreises Tübingen an der Haltung der Schulbehörde scheiterte, war es in Gütersloh (Ost -Westfalen) möglich, in einer kaufmännischen Berufsschule einige Interviews durchzuführen. Ca. 10% der Angesprochenen erklärte sich zum Interview bereit.
5. Das Gros der ledigen Berufstätigen konnte in einer "Pro-familia"-Beratungsstelle in Bielefeld, Westfalen, befragt werden.

Es ist evident, weshalb es sich bei unserer Stichprobe nicht um eine repräsentative Zufallsstichprobe handelt. Die Personen unserer Stichprobe dürften sich durchschnittlich bereitwilliger zeigen, über Einzelheiten ihres Geschlechtslebens Auskunft zu geben, als dies bei der Population unserer Zielgruppe zu erwarten ist.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, die als notwendige Voruntersuchung verstanden wird, sind als Anhaltspunkte für eine Abhängigkeit der Nebenwirkungsrate oraler Kontrazeptiva von soziologischen und psychologischen Merkmalen zu verstehen.

B. Methode der Befragung und der Auswertung

Die Befragung erfolgte nach dem Prinzip des standartisierten Interviews. Dazu ist ein Fragebogen entworfen worden, in dem Reihenfolge und Wortlaut der Fragen festgelegt waren. Die freiformulierten Antworten der Probandinnen wurden einer von mehreren vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zugeordnet.

Die Auswahl der Fragen und der Antwortmöglichkeiten erfolgte an Hand von Probeinterviews und ausführlichen Gesprächen.

Während des Interviews blieb der Fragebogen in der Hand des Interviewers. Nur die Formulare der Persönlichkeitstests sind den Probandinnen ausgehändigt worden.

Der Fragebogen gliederte sich in mehrere Abschnitte:

1. Soziologische Daten wie Alter, soziale Stellung der Eltern, Größe des Heimatortes, Konfession, Geschwisterzahl, Beruf.
2. Die politische, religiöse und sexuelle Einstellung wurde verglichen mit der vorangegangenen Erziehung.
3. Zur Beurteilung des Wissenstandes über die Funktion der Genitalorgane und die Wirkungsweise der Ovulationshemmer sind insgesamt 19 Fragen gestellt worden.
4. In nicht standardisierter Form erfolgte die Registrierung der Antworten zu der Frage, von welchen Nebenwirkungen der Pille die Probandinnen aus den Massenmedien gehört haben.
5. Insgesamt 16 Fragen bezogen sich auf die sexuelle und empfängnisverhütende Praxis der Probandinnen.

6. Die Aufzeichnung der Nebenwirkungen erfolgte an Hand einer Liste der aus der Literatur bekannten Begleiterscheinungen. Registriert worden sind nur die Veränderungen, die von den Befragten selbst bemerkt worden sind. Dabei ist unterschieden worden zwischen Nebenwirkungen, die als positiv, und solchen,die als negativ empfunden worden sind. Als positive Nebenwirkungen galten z.B. Zyklusregulierung und Verringerung der prämenstruellen Beschwerden; negativ wurden Nebenwirkungen wie etwa Übelkeit oder Schlafstörungen bewertet.

Die Beurteilung, ob eine Nebenwirkung als günstig oder ungünstig angesehen wurde, war von den Testpersonen selbst zu geben, da bei einzelnen Veränderungen nicht von einer einheitlichen Einschätzung ausgegangen werden konnte. Beispielsweise haben ursprünglich untergewichtige Frauen, die unter Ovulationshemmern zugenommen haben, die Nebenwirkung "Gewichtszunahme" begrüsst, im Gegensatz zu solchen, die von vornherein an Übergewicht litten.

Wie für jedes andere Medikament sind auch für die Ovulationshemmer die psychischen und vegetativen Nebenwirkungen schwer zu quantifizieren. Eine Abstufung der selben Nebenwirkung im Hinblick auf die Schwere ist nur grob möglich. Wenn zwei Frauen etwa über Brechreiz klagen, läßt sich kaum angeben, welche in ihrem Wohlbefinden stärker beeinträchtigt ist.
Die Anzahl der Nebenwirkungen, die verschiedene Untersucher über Ovulationshemmer ermittelt haben, ist wesentlich von der Methode des Interviews abhängig. Frauen, denen eine Liste von Nebenwirkungen vorgelegt wird, geben immer eine höhere Rate an als die, die aus dem Gedächtnis die Nebenwirkungen anführen sollen.

Eine grobe Beurteilung, welche Bedeutung eine Nebenwirkung für die betreffende Testperson hatte, ist von uns so durchgeführt worden, daß unterschieden worden ist zwischen Nebenwirkungen, die spontan genannt, und solchen, die erst nach gezielter Frage angegeben worden sind.

Bei der quantitativen Auswertung wurden die positiven Nebenwirkungen zusammengezählt und die Anzahl der negativen Nebenwirkungen davon abgezogen. Dabei sind die spontanen Angaben jeweils doppelt gewertet worden. Ein positives Ergebnis gibt ein rechnerisches Übergewicht der als angenehm empfundenen, ein negatives Ergebnis ein rechnerisches Übergewicht der als nachteilig empfundenen Begleiteffekte an. Aus einer negativen Nebenwirkungsbilanz kann allerdings nicht der Schluß gezogen werden, daß in dem betreffenden Falle die Nachteile der Pille schwerwiegender sind als die Vorteile. Es handelt sich dabei lediglich um rechnerische Grössen, die notwendig sind, um statistische Vergleiche anzustellen. Es ist jedoch davon ausgegangen worden, daß die Erfahrungen mit den Ovulationshemmern umso günstiger waren, je weiter das Ergebnis der Nebenwirkungsbilanz im Positiven lag.

7. Zu den Rollenvorstellungen wurde nach der Zufriedenheit mit dem Beruf und der Ansicht über die wichtigsten Rollen der Frau gefragt. *

8. Das Verhältnis zum Partner sollte allgemein charakterisiert werden. Außerdem sollte angegeben werden, wer der dominierende Partner ist und wie weit der Mann an der Verantwortung für die Empfängnisverhütung beteiligt werden soll.*

9. Abschließend wurde durch Persönlichkeitstests die Bestimmung der Extraversion, der neurotischen Tendenz und des Lügenwertes vorgenommen. *

* Ausführungen siehe J. PFERDMENGES

III. ERGEBNISSE

A. Soziologische Merkmale

Wie von J. PFERDMENGES ausführlich dargestellt, gaben die Studentinnen und die Berufstätigen der von uns untersuchten Stichprobe unterschiedlich viele Nebenwirkungen bei der Einnahme von Ovulationshemmern an. *
Die Ergebnisse der allgemeinen Voranalyse kann man so zusammenfassen, daß die Studentinnen mit insgesamt 157 positiven Nebenwirkungen und 101 negativen Nebenwirkungen signifikant mehr positive als negative Nebenwirkungen angegeben haben (Tab. 1, siehe Tabellenteil). Sie unterscheiden sich darin von den berufstätigen Frauen, bei denen sich positive und negative Nebenwirkungen ungefähr die Waage halten. Die Differenz zwischen positiven und negativen Nebenwirkungen beträgt bei den Studentinnen 56 und bei den Berufstätigen 4. Somit errechnet sich eine durchschnittliche Nebenwirkungsrate bei den Studentinnen von + 1,8 und bei den Berufstätigen von + 0,13.**

Nach PFERDMENGES kann gesagt werden, daß - bezogen auf die Gesamtstichprobe - spontan mehr negative und auf Befragen mehr positive Antworten gegeben worden sind. Von den spontanen Antworten waren bei den Studentinnen die Mehrzahl von positivem, bei den Berufstätigen die negativem Charakter.

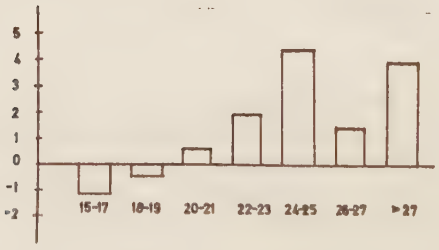
* Die detaillierten Erörterungen zu folgenden Punkten finden sich bei J. PFERDMENGES: Häufigkeitsverteilung der Nebenwirkungen, unterteilt nach somatischen, vegetativen und psychischen Nebenwirkungen;
Verteilung der positiv und negativ bewerteten Nebenwirkungen sowie der spontanen und der nicht spontanen Nennungen;
Unterschiede in der Beantwortung der einzelnen Interviewfragen.
** Bei sämtlichen Zahlenangaben über die Nebenwirkungen sind in der vorliegenden Arbeit die spontanen Angaben doppelt gewertet worden.

Das Interview begann mit Fragen nach soziologischen Daten, von denen bekannt war, daß sie Einfluß auf das sexuelle und das kontrazeptive Verhalten haben. Es sollte untersucht werden, ob sie einen Einfluß auf die Nebenwirkungsrate der Ovulationshemmer ausüben.

Die beiden Gruppen unserer Stichprobe unterscheiden sich hinsichtlich der Altersverteilung in der Weise, daß die Mehrzahl der Berufstätigen im Alter zwischen 15 und 20 Jahren, die Mehrzahl der Studentinnen im Alter zwischen 20 und 23 Jahren war. Auf die Ursachen dieser Differenz ist im Kapitel Methodik eingegangen worden.

Eine Altersabhängigkeit der Nebenwirkungen läßt sich vor allem bei den berufstätigen Frauen, aber auch bei der Gesamtstichprobe erkennen, während bei den Studentinnen kein solcher Zusammenhang nachweisbar war (Abb.1/Tab.2). Eine abschließende Erklärung für das Ergebnis kann auf Grund der vorliegenden Zahlen nicht gegeben werden.

Abb. 1: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungen und Alter (Tab.2)
(Die Ordinate der Abbildungen gibt - soweit nicht anders angeführt - die Nebenwirkungsrate wieder)



Die Schulbildung - bei den Studentinnen natürlich einheitlich Abitur - war bei der anderen Gruppe unterschiedlich: So hatten 19 Probandinnen (61,5%) Volksschulbildung und 12 (38,5%) mittlere Reife. Wie aus Tab. 3 zu entnehmen ist, besteht bei Frauen der unteren Bildungsschichten eine Tendenz zu vermehrten negativen Nebenwirkungen.

Weiterhin ist nach der sozialen Stellung der Eltern, der Grösse des Ortes, in dem die Probandin aufgewachsen ist, der Konfession und der Geschwisterzahl gefragt worden. Für alle Antworten der einzelnen Fragestellungen war die Nebenwirkungsrate annähernd gleich.

Daß die Konfessionszugehörigkeit keinen wesentlichen Einfluß auf die Einstellung zu den Ovulationshemmern hat, ist mehrfach belegt (17, 21). Ein Unterschied in der Verträglichkeit der Pille zwischen Katholikinnen und Protestantinnen hat deshalb die Auswertung der betreffenden Antworten auch nicht erbracht. Davon abzugrenzen ist die Frage der Stärke der religiösen Bindung, die - wie im folgenden Kapitel ausgeführt wird - sehr wohl einen Einfluß auf die Nebenwirkungsrate hat.

B. Erziehung und Einstellung

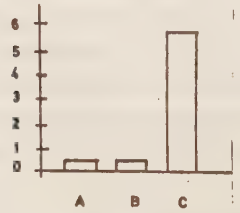
In diesem Abschnitt sollen folgende Fragestellungen erörtert werden: 1. Der Kontakt zu den Eltern und 2. die politische und religiöse Erziehung und Einstellung.

Ad 1. Der Kontakt zu den Eltern

Der Kontakt zu den Eltern konnte mit gut, mäßig oder schlecht charakterisiert werden. Etwas mehr als die Hälfte in beiden Gruppen hielt den Kontakt für gut. Das Verhältnis zu den Eltern ist von keiner Testperson der Gruppe II, jedoch von 5 der Gruppe I als schlecht bezeichnet worden (Tab. 6).

Die Nebenwirkungen in den Antwortkategorien sind in beiden Gruppen uneinheitlich. Nimmt man die Gesamtstichprobe, so besteht kein Unterschied in den Nebenwirkungen zwischen Frauen mit gutem oder mäßigem Kontakt. Auffällig ist die hohe Zahl der positiven Nebenwirkungen bei Probandinnen mit schlechtem Kontakt. Dieser Befund wird hervorgehoben im Hinblick auf später ausgeführte Beispiele, aus denen eine Parallelität von oppositioneller Einstellung - vor allem gegenüber definierten Anschauungen - und guter Pillenverträglichkeit hervorgeht (Abb.2/Tab.6).

Abb.2: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Kontakt zu den Eltern (Tab.6)



A = guter
B = mäßiger
C = schlechter Kontakt

Ad 2. Die politische und religiöse Erziehung und Einstellung

Aufgrund verschiedener Untersuchungen, die eine hohe Korrelation zwischen Religiosität und Sexualität bzw. Religiosität und Einstellung zur Empfängnisverhütung festgestellt hatten (13, 17, 18), haben wir angenommen, daß sich diese Zusammenhänge auch in einer unterschiedlichen Verträglichkeit der Ovulationshemmer widerspiegeln.

Wie die eigene religiöse Erziehung und im Vergleich dazu die jetzige religiöse Einstellung von den Probandinnen selbst beurteilt worden sind, ergibt Tabelle 7. In beiden Gruppen sind die Angaben über die religiöse Erziehung ungefähr gleich, wie auch in beiden Gruppen eine Tendenz zur Liberalisierung der kirchlichen Bindung besteht.

Im Gegensatz dazu sind die Angaben über die politische Erziehung und Einstellung bei Studentinnen und Berufstätigen uneinheitlich. Erstere bezeichnen ihre politische Erziehung überwiegend als konservativ, letztere als apolitisch. Die derzeitige Einstellung dagegen wurde von den Studentinnen mehrheitlich als sozial-liberal, von den Berufstätigen als apolitisch bezeichnet. Es stimmen bei der Gruppe II also Erziehung und Einstellung weitgehend überein, während in der Gruppe I ein Gegensatz zwischen konservativer Erziehung und sozial-liberaler Einstellung besteht (Tab.8).

Zur Frage, ob religiöse und politische Erziehung bzw. Einstellung einen Einfluß auf die Nebenwirkungen der Ovulationshemmer haben, wurden für die untersuchte Stichprobe folgende Ergebnisse gewonnen: Bei Frauen mit starker Kirchenbindung überwiegen die negativen Nebenwirkungen (Tab.9). Ebenso haben diejenigen, die ihre politische Einstellung als konservativ oder apolitisch charakterisiert haben, durchschnittlich mehr störende Begleiteffekte registriert als die, die sich selbst als fortschrittlich eingestuft haben (Abb. 3a+b/Tab.10).

Abb.3a: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und religiöser Einstellung.

A = streng religiös
B = weitgehend religiös
C = unkirchliche Einstellung, jedoch kein Kirchenaustritt
D = atheistisch

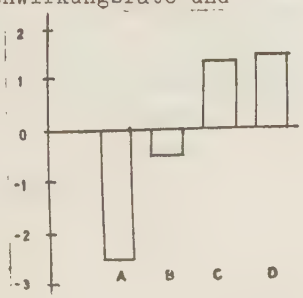
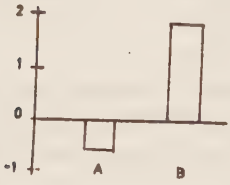


Abb. 3 b: Zusammenhang zwischen politischer Einstellung und Nebenwirkungsrate (Tab.10)



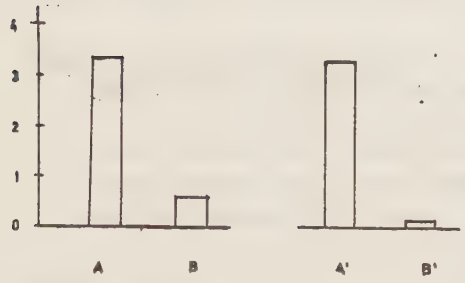
A = unpolitische oder konservative Einstellung

B = sozial-liberale oder sozialistische Einstellung

Es wird angenommen, daß diese als Tendenz registrierten Unterschiede in der Pillenverträglichkeit darauf zurückzuführen sind, daß Frauen mit starker Kirchenbindung und politisch konservativer Einstellung vorehelichen Verkehr und Pilleneinnahme zum Teil gegen ihre eigene Überzeugung praktizieren. Die vermehrten negativen Nebenwirkungen werden so als Selbstbestrafungstendenzen zur Schmälerung der als verboten angesehenen Lust aufgefaßt.

Von den Testpersonen, die ihre religiöse Erziehung als streng kirchlich bezeichnet hatten, haben jetzt nahezu alle eine ablehnende oder eine gleichgültige Haltung der Kirche gegenüber eingenommen (für beide Gruppen ca. 90%). Bei diesen Frauen, die sich in ihrer religiösen Haltung vollständig von der Erziehung gelöst haben, fällt auf, daß sie durchschnittlich mehr positive Begleiterscheinungen haben als diejenigen, bei denen Erziehungsrichtlinien und jetzige Einstellung übereinstimmen. Das gleiche gilt prinzipiell für die, die sich hinsichtlich ihres politischen Standpunktes vom Elternhaus distanziert haben (Abb.4/Tab. 10 u. 11).

Abb. 4: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und der Frage, ob sich Frauen grundsätzlich in ihrer religiösen bzw. politischen Einstellung von ihrer Erziehung distanziert haben (Tab. 11).



A = erhebliche Differenz zwischen religiöser Erziehung und jetziger Einstellung

B = Vergleichsgruppe ohne diese Differenz

A' = Erhebliche Differenz zwischen politischer Erziehung und jetziger Einstellung

B' = Vergleichsgruppe ohne diese Differenz

Zusammenfassend kann für die von uns interviewten Frauen gesagt werden, daß in beiden Gruppen eine deutliche Tendenz zur Loslösung von der religiösen Erziehung im Elternhaus besteht. Es fand sich eine Abhängigkeit der Nebenwirkungsrate von der Erziehung auf religiösem und politischem Gebiet, die statistisch jedoch nicht signifikant war. Deutlichere Abhängigkeit war für die Frauen zu verzeichnen, die sich durch geistige Unabhängigkeit dem Elternhaus gegenüber ausgezeichnet hatten: Frauen mit prinzipiellen Widersprüchen gegenüber den Ansichten der Eltern haben die Pille überdurchschnittlich gut vertragen.

Das legt die Vermutung nahe, daß die Probandinnen, die ihre politische und religiöse Einstellung unabhängig oder sogar im Widerspruch zu elterlichen Richtlinien gefunden haben, eine entsprechende Selbständigkeit auch im geschlechtlichen Bereich haben.

Es wird angenommen, daß diese Frauen die Konflikte, die sich aus den Inhalten der Tochterrolle mit sexueller Restriktion und der Studentinnenrolle mit sexueller Freizügigkeit ergeben, im Sinne ihrer eigenen Interessenlage lösen, also nicht bemüht sind, ihr Verhalten mit irgendwelchen restriktiven Normen in Einklang zu bringen.

C. Wissen über Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane sowie über die Wirkungsweise der Ovulationshemmer

Im Verlauf des Interviews ist ein Test durchgeführt worden, um den Wissensstand der Probandinnen über Geschlechtsfunktionen und über die pharmakologische Wirkungsweise der Ovulationshemmer grob zu beurteilen. Vorweg ist gefragt worden, wie die Frauen selbst ihren Informationsstand einschätzen. Die Studentinnen hielten sich zu 77%, die Berufstätigen zu 50% für gut informiert (Tab. 12).
Vergleicht man die Beurteilung der eigenen Kenntnisse mit den tatsächlich vorhandenen, so erweist es sich, daß Wissen und Selbsteinschätzung nicht immer übereinstimmten. (Tab. 12 und 13). Es kommen Über- wie Unterschätzungen vor, wobei die Selbstbeurteilung der Studentinnen etwas korrekter ist.

Der Test bestand aus zwei Teilen: Zunächst wurden Fragen zum Aufbau und zur Funktion der Geschlechtsorgane gestellt, im folgenden zur Wirkungsweise der Ovulationshemmer. Die Häufigkeit der richtigen Antworten geht aus den Tabellen 13 und 14 hervor. Die Fragen sind ungefähr in der Reihenfolge richtig beantwortet worden, wie man auch deren Schwierigkeitsgrad einschätzen würde.

In der Regel zeigten sich die Studentinnen etwas besser informiert (Tab. 4 und 5). Unter der Voraussetzung, daß man eine Beurteilung derart vornimmt, daß bis zu drei richtige Antworten als schlecht, 4-6 richtige als ausreichend und die übrigen als gut informiert eingestuft werden, erhält man folgende Beurteilungstabelle (Tab.16):

Tabelle 16: Ergebnisse der Tests zur Beurteilung des Wissenstandes

a) Wissen über Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane:

Bewertung	Studentinnen	Berufstätige
0	0	4
1	9	18
2	22	9

b) Wissen über Wirkungsweise der Ovulationshemmer

Bewertung	Studentinnen	Berufstätige
0	1	2
1	8	14
2	22	15

0 = schlecht informiert
1 = ausreichend informiert
2 = gut informiert

Bei der Frage, ob eine Abhängigkeit besteht zwischen der Beurteilung des eigenen Wissens und der Häufigkeit der Nebenwirkungen ergab sich für die vorliegende Stichprobe, daß Frauen mit hoher und niedriger Selbsteinschätzung die gleiche Nebenwirkungsrate haben.

Demgegenüber fanden wir eine deutliche Korrelation zwischen dem tatsächlichen Wissensstand und den Nebenwirkungen: Bei Berufstätigen und Studentinnen ergab sich in gleicher Weise, daß Frauen mit gutem Testergebnis wesentlich mehr positive Begleiterscheinungen verzeichnet hatten, als die mit schlechtem Testergebnis (Abb.5/Tab.15).

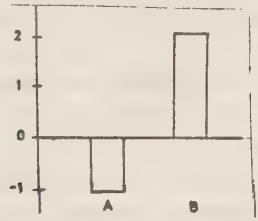
Abb.5: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Informationsstand über Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane (I), sowie über Wirkungsweise der Ovulationshemmer (II) (Tab.15)

A = schlecht informiert
B = ausreichend informiert
C = gut informiert

Vermutlich liegt die Erklärung für diesen Zusammenhang darin, daß die Frauen mit objektiv niedrigem Informationsstand besonders empfänglich sind für unsachliche und übertriebene Behauptungen der Massenkommunikationsmittel, deren Wahrheitsgehalt sie schlecht beurteilen können. Demzufolge leben sie in der Furcht, daß die teils frei erfundenen, teils in ihrer Bedeutung wesentlich übertrieben dargestellten Nebenwirkungen auch bei ihnen eintreten. Das deckt sich mit den Ergebnissen von MOLINSKI, in denen festgestellt worden ist, daß infantile Frauen stärker Vorbehalte gegenüber der Pille haben (22, 23).

Diese Korrelation spiegelt sich auch in der unterschiedlichen Verträglichkeit zwischen Volks- und Mittelschulabsolventinnen wider.

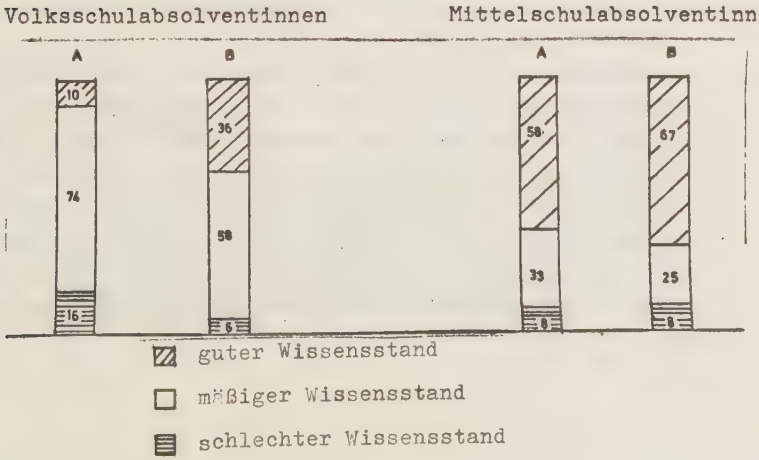
Abb.6: Zusammenhang zwischen Schulabschluß und Nebenwirkungsrate bei Berufstätigen (Tab.3).



A = Volksschulabsolventinnen
B = Mittelschulabsolventinnen

Wie aus Abbildung 7 hervorgeht, sind die Frauen mit Volksschulabschluß schlechter informiert als die mit Mittelschulabschluß. Die größere Anzahl negativer Nebenwirkungen bei ehemaligen Volksschülerinnen ist demnach - mindestens zum Teil - auf deren dürftigeren Wissensstand zurückzuführen.

Abb.7: Zusammenhang zwischen Schulbildung und Wissen über die Geschlechtsfunktion (a) und über Wirkungsweise der Ovulationshemmer (B) (Prozentuale Verteilung) (Tab.4/5).



D. Informationen über Nebenwirkungen der Ovulationshemmer

Im Abschnitt C ist dargelegt worden, daß Frauen mit wenigen oder falschen Informationen über die Wirkungsweise der Ovulationshemmer vermehrte Angaben über negative Nebenwirkungen gemacht haben. Daran anknüpfend, sollte im Interview darüber Aufschluß gewonnen werden, welche Fehlinformationen am häufigsten auftreten und welche Zusammenhänge zwischen speziellen Fehlinformationen und Verträglichkeit bestehen.
Dazu ist die Frage gestellt worden: "Von welchen Wirkungen der Pille auf den gesamten Menschen haben Sie durch Presse, Bekannte oder durch Ihren Arzt gehört?" Es war dabei die Absicht, Informationen über körperliche, psychische und vegetative Begleitumstände zu erfassen und zwar nicht nur solche mit pathogenem Charakter wie Karzinom oder Thrombophlebitis, sondern auch solche, die begrüssenswerte Veränderungen bedeuten wie Zyklusregulierung oder Verminderung dysmenorrhoischer Beschwerden.

Es fiel auf, daß trotz der neutralen Fragestellung überwiegend störende oder bedrohliche Nebenwirkungen aufgezählt worden sind. Von insgesamt 278 Nennungen wurden 223 negativ, 29 positiv und 26 indifferent bewertet. Es ist dabei allerdings anzumerken, daß diese Zahlen verhältnismäßig grobe Anhaltspunkte sind, da verschiedene Aussagen nicht als eindeutig negativ oder positiv bewertet eingestuft werden können. Bemerkenswert ist, daß von den 62 Testpersonen nur 24 angaben, sie hätten davon gehört, die Pille sei (eventuell) krebserzeugend. Wenn außerhalb des Tests vereinzelt danach gefragt wurde, ob die Diskussion über eine karzinogene Wirkung unbekannt sei, reagierten die Probandinnen regelmäßig mit Überraschung, weil sie den "Krebs" vergessen hatten.

Die Annahme, daß jene 24 Frauen, die angaben, sie wüssten von einer (möglichen) karzinogenen Wirkung, mehr negative Nebenwirkungen aufzählen würden, hat sich nicht bestätigt. Diese Probandinnen haben vielmehr eine durchschnittliche Nebenwirkungsrate von + 3,625, im Gegensatz zur Vergleichsgruppe mit - 0,71 (Signifikanz des Unterschiedes von $p < 0{,}0025$).
Eine mögliche Erklärung für diesen Befund wird darin gesehen, daß die Frauen, die wirklich Angst vor einer karzinogenen Wirkung haben, diese Angst verdrängen und sich scheuen, diesen Punkt zu erwähnen, und daß umgekehrt diejenigen, die im Grunde nicht daran glauben, auch freier darüber sprechen können. Daß Frauen mit Angst vor einer karzinogenen Wirkung der Ovulationshemmer vermehrt negative Nebenwirkungen haben, konnte von HAUSER nachgewiesen werden. Auf diese Untersuchungsergebnisse wird im folgenden noch näher eingegangen.

Diese Interpretation hat zweifellos hypothetischen Charakter; die obigen Ergebnisse sind nur der Vollständigkeit halber angeführt worden, vor allem weil es sich bei ihnen um die eindeutigsten bezüglich des statistischen Befundes handelt.

E. SEXUALITÄT

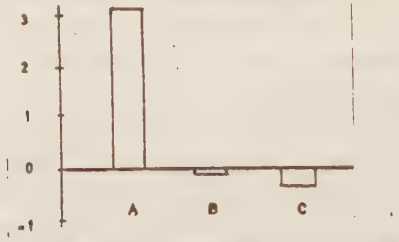
1. Sexuelle Erziehung

Zum Problem der sexuellen Erziehung ist gefragt worden, mit welcher Offenheit die Probandinnen von den Eltern über die geschlechtlichen Vorgänge unterrichtet worden sind, und welche Toleranz die Eltern gegenüber den sexuellen Aktivitäten der Töchter geübt haben.

15 Studentinnen und 10 Berufstätige hatten mit ihren Eltern nie über sexuelle Probleme gesprochen.
11 Studentinnen und 18 Berufstätige hatten in der Familie darüber diskutiert, wenn von seiten der Kinder Fragen gestellt worden sind. Die Zahl der Eltern, die von sich aus die Probleme erörtert hatten, war in beiden Gruppen ungefähr gleich (bei 4 Studentinnen und 3 berufstätigen Frauen). Die Nebenwirkungen waren in der Gesamtstichprobe auf alle drei Antwortmöglichkeiten ungefähr gleich verteilt, so daß eine Abhängigkeit der Nebenwirkungen von der Art der sexuellen Aufklärung nicht nachweisbar war (Tab.17).

Anders liegen die Verhältnisse bei dem Verhalten der Eltern gegenüber den sexuellen Aktivitäten der Probandinnen während der Pubertät. Sind alle Kontakte zu Jungen untersagt worden, so überwiegen jetzt stark die positiven Nebenwirkungen. Demgegenüber nehmen die negativen Nebenwirkungen bei denen zu, denen eine sexuelle Praxis wie Petting oder Geschlechtsverkehr nicht verwehrt worden war (Abb. 8/Tab.18).

Abb.8: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und der Toleranz der Eltern gegenüber sexuellen Aktivitäten während der Erziehung (Tab. 18).



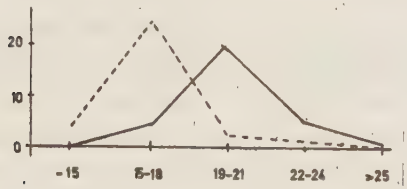
A = Verbot jeder Freundschaft mit Jungen
B = Erlaubnis von Petting
C = Erlaubnis von Geschlechtsverkehr

2. Sexuelle Praxis

Zur Orientierung über die Sexualität wurden Fragen gestellt, die sich teils auf die sexuelle Praxis, teils auf die Einstellung zu Problemen des Sexualbereiches im weiteren Sinne beziehen.

Die Studentinnen unserer Stichprobe hatten den ersten Geschlechtsverkehr überwiegend im Alter zwischen 19 und 21 Jahren, die Berufstätigen dagegen schon zwischen 15 und 18 Jahren (SIGUSCH) (Abb.3/Tab.19).

Abb.9: Alter beim 1. Geschlechtsverkehr (Tab.19)



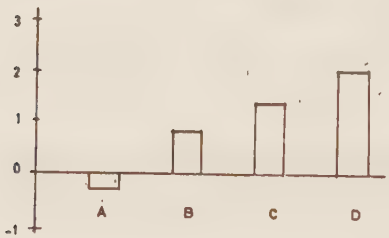
Ordinate: Anzahl der Probandinnen
Abszisse: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

Die Frauen mit früher Kosituserfahrung haben mehr negative Nebenwirkungen angegeben als die mit später. Diese Abhängigkeit traf eindeutig jedoch nur für die Berufstätigen zu (Tab.19).

Die wenigsten Testpersonen hatten beim ersten Geschlechtsverkehr schon die Pille eingenommen. Erst ein halbes Jahr danach hatten sich die Frauen beider Gruppen zu ca. 50% Ovulationshemmer verschreiben lassen (Tab.20).

Unter der Vorstellung, daß diejenigen Frauen die Vorteile der Pille besonders zu schätzen wissen, die wegen unzureichender kontrazeptiver Maßnahmen in der Vergangenheit wiederholt ungewollte Schwangerschaft hatten befürchten müssen, hatten wir vor Beginn der Untersuchung die Vermutung, daß diejenigen eine günstige Nebenwirkungsrate angeben, die lange Zeit Geschlechtsverkehr hatten, ohne Ovulationshemmer einzunehmen. Diese Vermutung ist jedoch durch die Ergebnisse nicht bestätigt worden. Dieser Zusammenhang ließ sich zwar an der Gesamtstichprobe nachweisen, war jedoch nur für die Gruppe II signifikant (Abb.10/Tab.20).

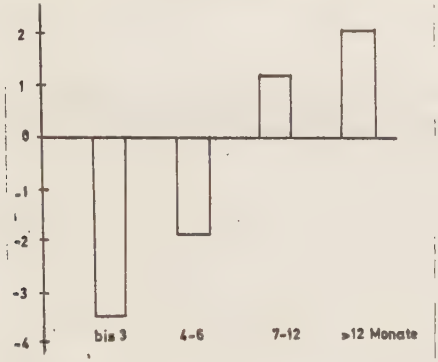
Abb.10: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und dem zeitlichen Abstand zwischen 1. Geschlechtsverkehr und Beginn der Einnahme von Ovulationshemmern (Tab.20)



Beginn der Einnahme:
A = vor dem ersten Geschlechtsverkehr
B = 1-6 Monate nach dem 1. Geschlechtsverkehr
C = 7-24 Monate nach dem 1. Geschlechtsverkehr
D = mehr als 24 Monate nach dem 1. Geschlechtsverkehr

Eine sehr deutliche, statistisch hoch signifikante Abhängigkeit der Nebenwirkungsrate bestand von der absoluten Dauer der Pilleneinnahme (Abb.11/Tab.21). Bei Verwendung der Ovulationshemmer für bislang nur wenige Zyklen ist die Rate der negativen Nebenwirkungen am höchsten.

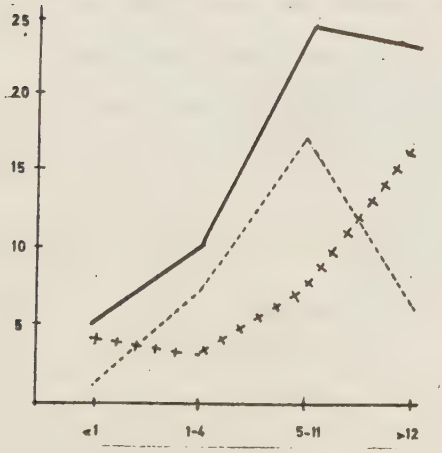
Abb.11 : Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Dauer der Pilleneinnahme (Tab.21)



Auf die Tatsache,daß mit zunehmender Dauer der Einnahme die störenden Begleiterscheinungen abnehmen,ist in der Literatur wiederholt hingewiesen worden (1,2,26,34).

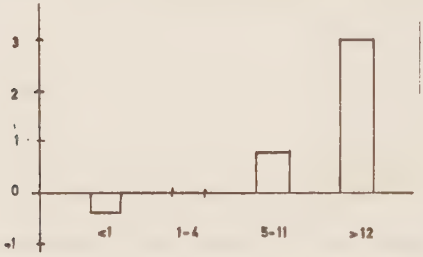
In Übereinstimmung mit anderen Autoren fanden wir bei Studentinnen eine höhere Koitusfrequenz als bei den Berufstätigen (Abb.12) (18, 32, 33).Bezüglich nachteiliger Begleiteffekte hatten Frauen mit niedriger Koitusfrequenz signifikant mehr Angaben gemacht als die mit hoher Aktivität (Abb.13/Tab.22).

Abb.12: Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs (Tab.22)



—— Gesamtstichprobe
+++ Studentinnen
– – – Berufstätige
Ordinate: Anzahl der Probandinnen
Abzisse: Koitusfrequenz pro Monat

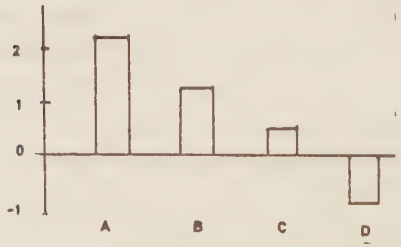
Abb.13: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Frequenz des Geschlechtsverkehrs (Tab.22)
Ordinate: Nebenwirkungsrate



Die Frage, ob sie mit ihrer Koitusfrequenz zufrieden seien, bejahten in beiden Gruppen ca. zwei Drittel.. Ca. ein Drittel äußerte den Wunsch nach mehr Verkehr. Letztgenannte haben auch im Durchschnitt mehr negative Nebenwirkungen angegeben (Tab.23)

Ebenso wie SCHMIDT und SIGUSCH haben wir zwischen Studentinnen und Berufstätigen keine Unterschiede in der Orgasmusfähigkeit festgestellt (Tab.24). Eine gering positive Korrelation zwischen hoher Orgasmusfrequenz und den positiven Nebenwirkungen ist für die Gesamtstichprobe nachgewiesen worden (Abb.14/Tab.24).

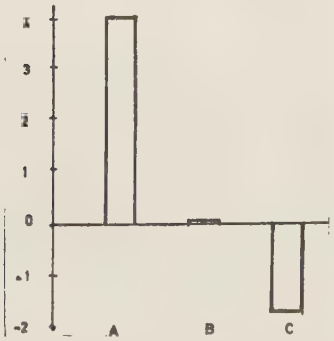
Abb. 14: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Orgasmusfähigkeit (Tab.24)
Der Orgasmus wird (a) immer (B) meistens (C) selten (D) nie erreicht



Ausgeprägter war die Korrelation der Nebenwirkungen mit der Tatsache, ob nach Beginn der Pilleneinnahme die Orgasmusfähigkeit zugenommen hat: Bei Zunahme sind überwiegend positive, bei Abnahme der Orgasmusfähigkeit überwiegend negative Nebenwirkungen registriert worden. War die Orgasmusfähigkeit vor und während der Pilleneinnahme gleich, hielten sich positive und negative Nebenwirkungen ungefähr die Waage (Abb.15/Tab25).

Abb.15: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Veränderung der Orgasmusfähigkeit unter der Pilleneinnahme (Tab.25)

A = Zunahme
B = keine Veränderung
C = Abnahme der Orgasmusfähigkeit

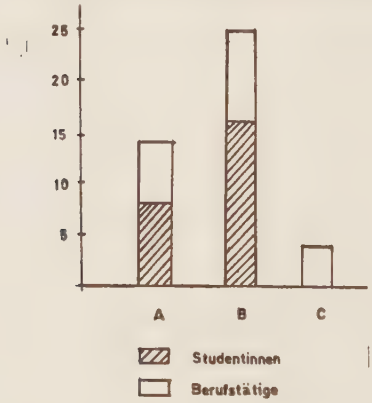


Die Orgasmusfähigkeit ist - wie von verschiedenen Autoren bestätigt - durch die Ovulationshemmer bei der Mehrzahl der Testpersonen nicht beeinflusst worden (11, 26, 29, 30). In 19 Fällen hat sie zu- und in 4 Fällen abgenommen (Abb.16/Tab.25).

Abb.16: Veränderung der Orgasmusfähigkeit unter Pilleneinnahme (Tab.25).

Ordinate: Anzahl der Probandinnen

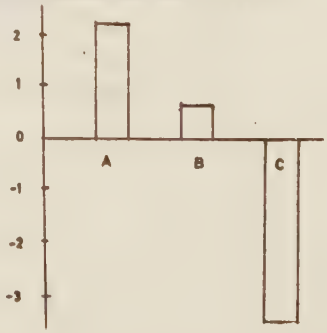
A = Zunahme
B = keine Veränderung
C = Abnahme der Orgasmusfähigkeit



Das sexuelle Bedürfnis hat sich ebenfalls bei den meisten Frauen seit Beginn der Pilleneinnahme nicht verändert. Ca. ein Viertel der Frauen gaben ein gesteigertes Bedürfnis an; lediglich 2 verzeichneten eine Abschwächung der Sexualität. Es erscheint typisch, daß letztere ein starkes Übergewicht der negativen Nebenwirkungen angegeben haben. Umgekehrt sind die vorteilhaften Folgen bei denen in der Überzahl, die eine Libidozunahme verzeichnet hatten (Abb.17/Tab.26).

Abb.17: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Veränderung des sexuellen Bedürfnisses unter Pilleneinnahme (Tab.26)

A = Zunahme
B = keine Veränderung
C = Abnahme der Libido



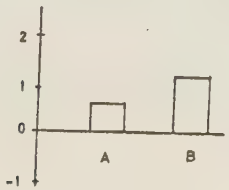
Ob sich eine Libidozunahme einiger Probandinnen auch in einer Erhöhung der Promiskuität niedergeschlagen hat, läßt sich aus den vorliegenden Zahlen nicht entnehmen. Die absolute Zahl der Geschlechtspartner geht aus Tab.27 hervor, wobei die Häufigkeitsverteilung bei Studentinnen und Berufstätigen gleich ist. Ein Unterschied der Verträglichkeit von Ovulationshemmern ist zwischen Frauen mit wenigen und solchen mit vielen Partnern nach statistischen Maßstäben nicht gegeben (Tab.27).

Im Interview wurde zweimal nach Einstellungen zu Problemen des Sexualbereiches gefragt:

1) Befürwortung des vorehelichen Verkehrs mit einem oder mit mehreren Partnern,
2) Befürwortung des Schwangerschaftsabbruchs.

Die erste Frage wurde von der Mehrzahl der Probandinnen bejaht. Die Nebenwirkungsrate war unabhängig von der Haltung zu diesem Problem (Tab.28). Demgegenüber bestand eine deutliche Abhängigkeit von der Einstellung zur 2. Frage. Die Befürworterinnen des Schwangerschaftsabbruchs (mehr als zwei Drittel der Stichprobe) gaben eine bessere Verträglichkeit an (Abb.18/Tab.29).

Abb.18: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch (Tab.29)
A = Der Schwangerschaftsabbruch wird nicht befürwortet
B = wird befürwortet



V. DISKUSSION

Die vorliegende Dissertation ist Teil einer Gemeinschaftsarbeit über die Abhängigkeit der Nebenwirkungen von Ovulationshemmern von verschiedenen sozialpsychologischen Aspekten.

Die der Untersuchung zu Grunde liegende Stichprobe besteht aus 62 ledigen, deutschen Frauen (31 Studentinnen und 31 berufstätigen Frauen ohne Abitur). Es handelt sich nicht um eine Zufallsstichprobe. Vor allem dürften sich die Probandinnen vor der Population der Zielgruppe durch eine größere Bereitschaft auszeichnen, über Belange der Intimsphäre Auskunft zu geben. Hinzu kommt, daß die Stichprobe im Hinblick auf die statistische Aussagefähigkeit relativ klein ist, so daß die Ergebnisse noch der Bestätigung durch Untersuchungen an repräsentativen Stichproben bedürfen. Diese Arbeit wird jedoch als notwendige Voruntersuchung aufgefasst.

In diesem Teil der Gemeinschaftsarbeit werden Zusammenhänge zwischen Nebenwirkungen der Ovulationshemmer und Faktoren der persönlichen Entwicklung, des eigenen Wissensstandes sowie der sexuallen Verhaltensweisen dargelegt.

Bei der Prüfung des Wissens über die Funktion der weiblichen Genitalorgane sowie des Informationsstandes über die Wirkungsweise der Ovulationshemmer ergab sich, daß die Studentinnen deutlich besser informiert waren. Wie auch in anderen Untersuchungen ist auch hier ein Zusammenhang zwischen mangelnder Information und der Häufigkeit von negativen Nebenwirkungen nachgewiesen worden (24).

Danach ist schlechte Information die Grundlage für die Empfänglichkeit gegenüber falschen oder übertriebenen Darstellungen über Komplikationen bei oraler Kontrazeption. Da der Wahrheitsgehalt unzutreffender Behauptungen umso weniger kritisch überprüft werden kann, je geringer der Wissensstand ist, leben jene Frauen zwangsläufig in vermehrter Angst vor einschneidenden Nebenwirkungen.

Inwiefern die Furcht vor schwerwiegenden Nebenwirkungen tatsächlich eine Zunahme der unerwünschten Begleiterscheinungen bewirkt, ist von HAUSER demonstriert worden, indem er über Jahre die Nebenerscheinungen seiner Patientinnen verfolgt und immer dann eine Zunahme der negativen Nebenwirkungen verzeichnet hat, wenn in der Presse Berichte über schwere Komplikationen verbreitet worden waren.

Ob soziales Rollenempfinden und Nebenwirkungsrate der Ovulationshemmer in irgendeiner Wechselwirkung stehen, war eine weitere Fragestellung dieser Untersuchung. Dazu wird hier nur ein Teil der Aspekte angesprochen. Der andere Teil der Darstellungen findet sich bei PFERDMENGES, die zusammengefaßt derart formuliert werden können: Frauen, bei denen Zielvorstellungen über die weiblichen Rolleninhalte mit der geübten Praxis in Einklang stehen, geben regelmäßig eine gute Verträglichkeit der Pille an. Das gilt besonders, wenn Kontrazeption nicht als Hindernis, sondern gerade als Mittel zur Entfaltung der eigenen Persönlichkeit aufgefaßt wird.

Ausgehend von der Frage nach den Ursachen für den Abbruch der Pilleneinnahme, sind RODGERS und ZIEGLER zu dem Ergebnis gekommen, daß nicht objektive Nebenwirkungen ausschlaggebend für den Abbruch sind. Vielmehr fanden sie nach vierjährigem gewissenhaftem Studium von 39 Ehepaaren, daß die Frauen, die fortfahren, die Pille einzunehmen, sich durch mehr Eigenständigkeit,und mehr Eigenverantwortlichkeit (responsibility) auszeichnen. Ihrem Ehemann gegenüber spielen sie eine zumindest gleichberechtigte Rolle und sind ihm in intellektueller Hinsicht ebenbürtig. Ihr eheliches Sexualleben - wie überhaupt das psychologische Einvernehmen - ist ausgeglichen, während Frauen mit dem Bedürfnis, sich bisweilen den sexuellen Aktivitäten der Ehemänner zu entziehen, zum Abbruch der Pillenmedikation neigen. Von PFERDMENGES wird im einzelnen ausgeführt, daß die Kriterien in der Partnerbeziehung, die von RODGERS und ZIEGLER als maßgeblich für die Entscheidung herausgestellt werden, ob die Pille weiterhin eingenommen wird, in gleicher Weise die Nebenwirkungen der Ovulationshemmer beeinflussen: Bei den von uns interviewten Frauen fand sich dann eine schlechte Verträglichkeit der Pille, wenn sie die Neigung hatten, ihrem Partner die dominierende Rolle zu überlassen, oder wenn sie zwar die dominierende Rolle des Partners kritisierten, ihr gegenüber sich jedoch nicht emanzipieren konnten.

In der vorliegenden Arbeit ist dargelegt worden, inwiefern persönliche Eigenständigkeit und unabhängige Urteilsfähigkeit sowie die Einstellung zur Sexualität die Nebenwirkungen beeinflussen. Dies ist demonstriert worden an dem Verhältnis von elterlichen Erziehungsprinzipien und derzeitiger Einstellung zu Religion, Politik und Sexualität.

Wenn die im Interview geäußerte Einstellung in bewußter Opposition zu konservativen, autoritären Erziehungsrichtlinien stand, fanden sich vermehrt positive Begleiterscheinungen.

Die Erklärung für diesen Zusammenhang wird darin gesehen, daß diejenigen Frauen die Pille und die durch sie vermehrte Möglichkeit zu sexueller Aktivität begrüßen, die sich von traditionellen weiblichen Rollenvorstellungen (Ablehnung der Lustfunktion der Sexualität oder Einheit von Lust- und Reproduktionsfunktion, SIGUSCH) weitgehend abgewandt haben (33). Andererseits haben Frauen, die sich an überlieferten Weiblichkeitsbildern orientieren und sich durch ein geringes Maß an persönlicher Eigenständigkeit auszeichnen, der Pille gegenüber Vorbehalte, da sie die Verwirklichung ihrer Vorstellungen über die Rolle als Frau verhindert. Ein Teil der negativen Nebenwirkungen wird somit aufgefaßt als Ausdruck entweder des verdrängten Wunsches nach Mutterschaft, oder des ungeklärten Konfliktes zwischen überlieferten und neuzeitlichen Rollenvorstellungen.

In diesem Zusammenhang wird auch die oben erwähnte Untersuchung von HAUSER gesehen, in der eine allgemeine Zunahme der negativen Nebenwirkungen nach Verbreitung von ernsten Komplikationen durch die Presse festgestellt, gleichzeitig aber nach Veröffentlichung der Enzyklika Humanae Vitae eine Besserung der Verträglichkeit registriert worden war. Frauen, die der katholischen Kirche maßgebliche Autorität in Frage der Empfängnisverhütung zusprechen, werden die Pille mehrheitlich nicht anwenden.

Diejenigen, die ihr diese Kompetenz nicht zuerkennen - selbst wenn es sich um kirchlich gebundene Frauen handelt - geraten durch derartige Verdikte nicht in eine Konfliktsituation, sondern werden vielmehr in ihrer sexualitätsbejahenden Haltung bestätigt.

Die Identifizierung mit traditionellen weiblichen Rollenvorstellungen spiegelt sich besonders in der Einstellung zur Sexualität und im sexuellen Verhalten wider: Eine restriktive Einstellung korreliert positiv mit der Häufigkeit negativer Nebenwirkungen, eine progressive Einstellung korreliert positiv mit willkommenen Nebenwirkungen. So haben Frauen mit hoher geschlechtlicher Aktivität, d.h. häufiger als dreimal wöchentlich Verkehr, eine deutlich bessere subjektive Verträglichkeit angegeben.

Während die Abnahme des sexuellen Bedürfnisses mit Beginn der Pilleneinnahme als Indikator dafür angesehen werden muß, daß wesentliche Vorbehalte gegen die Kontrazeption bzw. die Sexualität bestehen, kann die Zunahme der Libido als Zeichen einer bejahenden Einstellung zur Sexualität gewertet werden. Entsprechend korrelierte Libidozunahme mit guter, Libidoabnahme dagegen mit schlechter Verträglichkeit.

Wenn ein Mißverhältnis zwischen psychischer Bereitschaft zu geschlechtlicher Betätigung und falsch verstandenen normativen Forderungen besteht, wenn also die sexuelle Aktivität nicht sinnvoll in die Partnerbeziehung integriert werden kann, sondern lediglich aus dem Bestreben resultiert, in sexueller Hinsicht nicht als altmodisch zu gelten, folgt daraus mangelnde emotionale Befriedigung wie Anorgasmie oder niedrige Orgasmusfrequenz.

Die Frauen mit geringer sexueller Erfüllung klagten auch über vermehrte negative Nebenwirkungen, offensichtlich deshalb, weil sie sich wegen der sicheren Kontrazeption dem Geschlechtsverkehr nicht mehr unter dem Hinweis auf eine mögliche Schwangerschaft entziehen konnten.

Eine Zunahme der Orgasmusfähigkeit ist andererseits Ausdruck dafür, daß die orale Kontrazeption als fester Bestandteil der weiblichen Rollenvorstellung gilt, indem sie Voraussetzung für die vollständige Entwicklung der Psychosexualität ist. Deshalb war parallel mit einer Verbesserung der sexuellen Befriedigung eine Verbesserung der Verträglichkeit der Pille zu verzeichnen.

VII. ZUSAMMENFASSUNG

Die Ergebnisse dieser Untersuchung berechtigen zu der Annahme, daß sozialpsychologische Faktoren die subjektiven Nebenwirkungen der Ovulationshemmer wesentlich beeinflussen können. Eine schlechtere Verträglichkeit ist bei den Frauen zu erwarten, bei denen die Kontrazeption nicht als rational akzeptierte Voraussetzung für die freie Entfaltung der eigenen Persönlichkeit und der Partnerbeziehung aufgefaßt wird. Sie ist dann Ausdruck entweder des verdrängten Wunsches nach Mutterschaft oder des Konfliktes, resultierend aus der Überforderung, sich zwischen alten und neuen Rollenvorstellungen zu entscheiden.

Ein Mangel an sachlichen Informationen ist die Grundlage für die Empfänglichkeit für falsche oder übertriebene Behauptungen über Nebenwirkungen der Pille. Eine auf diese Weise hervorgerufene Verunsicherung wird als wichtiger Faktor für die Entwicklung negativer Nebenwirkungen angesehen.

LITERATUR

(1) Arnold, M., Mall-Haefeli, M., Cloeren, St., Morf, E., Richter, R.H.H., Roth, F., Stamm, H., Wyss, H., Weis, P.

Vorläufige Resultate vergleichender Versuche mit oralen Kontrazeptiva.

Gynaec. 162 (1966) 447 - 452

(2) Arnold, M., Angst-Horridge, A., Burckhardt-Tamm, E., Cloeren, St., Mall-Haefeli, M., Richter, R.H.H., Streit-Pfenniger, M., Wyss, H.

Vorläufige Resultate vergleichender klinischer Versuche mit Sequenz- und Kombinationstherapie der oralen Kontrazeption.

Gynaec. 165 (1968) 218 - 220

(3) Aresin, L.

Physical and psycological Sequelae Following several Years Treatment with oral Contraceptives.

5. IPPF Konferenz 1966 Kopenhagen Autoreferat.

(4) Aresin, L.

Physische und psychische Auswirkungen der mehrjährigen Einnahme von oralen Ovulationshemmern.

Münch.med. WS.109 (1967) Beilage Aktuelle Medizin 4

(5) Bastian, G.

Wörterbuch der Sexualpsychologie

1. Aufl. Frieburg: Herder 1972

(6) Bleuler, M.

Endokrinologische Psychiatrie

Stuttgart: Thieme 1954

(7) Dahrendorf, R.

Homo Sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rollen.

4. Aufl. Köln/Opladen: Westdeutscher Verlag 1964

(8) Döring, G.K.

Über psychische Veränderungen im Verlauf des Menstruationszyklus.

Arch. Gyn. 191 140 - 152 (1958)

(9) Döring, G.K.

Differenzierter Einsatz von Ovulationshemmern

Dt. Ärztebl. 18 1360 - 1362 (1970)

(10) Dreitzel, H.P.

Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens.

Stuttgart: Ferdinand Enke, 1972

(11) Eicher, W.

Libido- und Orgasmusstörungen unter Ovulationshemmern.

Münch. med. Ws 114 (1972) 1286 - 1289

(12) Gesenius, H.

Die Haltung West-Berliner Frauen gegenüber Ovulationshemmern.

Z. ärztl. Fortb. 56 (1967) 78 - 81

(13) Giese, H. Schmidt, G.

Studentensexualität.

Hamburg: Rowohlt, 1968

(14) Glick, I.D.

Mood and behavioral changes associated with the use of oral contraceptive agents. A review of literature.

Psychopharm. 10 (1967) 363 - 374

(15) Haller, J.

Ovulationshemmung durch Hormone.

1. Aufl. Stuttgart: Thieme 1965

(16) Hauser, G.A.

Einfluß der Massenmedien auf Nebenwirkungen der Ovulationshemmer.

Referat auf der 39. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.
Zitiert nach euromed 21 (1972) 1072 - 1075

(17) Imle, Ch.

Motivation für die Ablehnung der Ovulationshemmer.

Inaugural-Dissertation. Würzburg, 1968

(18) Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., Gebhard, P.H.

Das sexuelle Verhalten der Frau.

Berlin, Frankfurt: Fischer, 1965

(19) Lauritzen, Ch.

Zugeständnis an die Akzeleration. Ordination oraler Kontrazeptiva an junge Mädchen.

Sexualmed. 1 23 - 25 (1972)

(20) Lewis, A., Hoghughi, M.

An Evaluation of depression as a Side Effect of oral Contraceptives.

Brit. J. Psychiat. 115 (1969) 697 - 701

(21) Marplan-Studie

Ovulationshemmende Mittel, Ergebnisse einer Marktuntersuchung.

Berlin 1965.

(22) Molinski, H.

Kontrazeption und Gleichberechtigung der Frau.

Z. Psychother. med. Psychol. 22 (1972) 129 - 140

(23) Molinski, H., Seiff, M.

Einige psychische Reaktionen bei der Einnahme von Ovulationshemmern.

Z. Psychother. u. med. Psychol. 17 (1967) 202

(24) Nijs, P.

Psychosomatische Aspekte der oralen Antikonzeption.

Stuttgart: Enke 1972

(25) Nilson, A., Jacobson, L., Ingemanson, C.-A.

Side effects of an oral contraceptive with particular attention to mental symptoms and sexual adaption.

Acta obst. gynaec.scand. 46 (1967) 537 - 556

(26) Petersen, P.

Psychiatrische und psychologische Aspekte der oralen Kontrazeption.

Stuttgart: Thieme 1969

(27) Pincus, G.

Zitiert nach Nijs, P., Psychosomatische Aspekte der oralen Kontrazeption.

Stuttgart: Enke 1972

(28) Poettgen, H.

Über den Ursprung der Aggressionen gegen die Pille.

Dt. Ärztebl. 44 (1970) 3294 - 3297

(29) Prill, H.J.

Psychosomatische Auswirkungen nach Einnahme von Ovulationshemmern.

Geburtsh. u. Frauenheilk. 30 (1970) 212

(30) Ringrose, C.A.D.

The emotional responses of married women receiving oral contraceptives.

Can. Med. Ass. J. 92 (1965) 1207 - 1209

(31) Rodgers, D.A., Ziegler, F.J.

Social Role Theory, the Marital Relationship, and Use of Ovulation Suppressors.

J. Mar. Fam. 30 (1968) 584 - 591

(32) Schmidt, G.

Sexuelle Verhaltensmuster bei jungen Arbeitern und Studenten.

In: Sigusch, V. Ergebnisse zur Sexualmedizin Köln: Wissenschaftsverlag 1972

(33) Sigusch, V.

Ergebnisse zur Sexualmedizin.

Köln: Wissenschaftsverlag 1972

(34) Sluglett, J., Lauson, J.P.

Side-effects of oral contraceptives.

Lanc. 1967/II 612

(35) Tenhaeff, D.

Gezielter Einsatz von Ovulationshemmern unter Beachtung der Hormonpotenz und des Konstitutionstyps.

Ärztl. Pr. 75 (1971) 3351 - 3357

(36) Zell, I.R., Crisp, W.E.

A Psychiatric evaluation of the use of oral contraceptives.

Obstet. Gynaec. 23 (1964) 657 - 661

(37) Ziegler, F.J., Rodgers, D.A., Kriegsman, S.A., Martin, P.L.

Ovulation Suppressors, Psychological Functioning and Marital Adjustment.

J. Am. Med. Ass. 204 Nr. 10 (1968) 849 - 853

Anhang: Tabellen

Sofern nicht anders ausgeführt, sind die Tabellen nach folgendem Schlüssel zu lesen:

- Die senkrechten Spalten repräsentieren die Gruppen der Stichprobe.
  1. Spalte: Studentinnen Symbol: I
  2. Spalte: Berufstätige Symbol: II
  3. Spalte: Gesamtstichprobe Symbol: Gesamt

- Die waagerechten Zeilen repräsentieren die verschiedenen Antwortkategorien. Die Inhalte der Antworten sind am linken Tabellenrand stichwortartig angeführt oder durch Zahlen symbolisiert, deren Bedeutung unten erläutert wird.

- Für jede Antwortkategorie ist angegeben, wie hoch die durchschnittliche Nebenwirkungsrate der Probandinnen mit dieser Antwort ist (Symbol: $\bar{x}$) und wie häufig diese Antwort gegeben worden ist (Symbol: n).

Die Angaben über statistische Verfahren und Unterschiede beziehen sich nur auf die untersuchte Stichprobe bzw. deren Untergruppen. Die ermittelten Differenzen lassen sich auf Grund der nicht zufallsmäßig zusammengesetzten Stichprobe naturgemäß nicht mit Sicherheit auf die Population der Zielgruppe übertragen.

Abkürzungen:

nNW - negative Nebenwirkungen
pNW - positive Nebenwirkungen
Oh - Ovulationshemmer
$\bar{x}$ - durchschnittliche Nebenwirkungsrate
n - Anzahl der Probandinnen mit der betreffenden Antwort
NS - nicht signifikant

Tabelle 1: Summe der pNW und der nNW in der Studentinnen- und der Berufstätigengruppe sowie in der Gesamtstichprobe. Durchschnittliche NW-Rate pro Testperson.

	I	II	Gesamt
pNW	157	146	303
nNW	101	142	243
Differenz	56	4	60
$\bar{x}$	+1,806	+0,129	+0,967

Tabelle 2: Zusammenhang zwischen NW und Alter

	I		II		Gesamt	
Alter	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
15-17	-	-	-1,42	12	-1,42	12
18-19	2	1	-1,33	8	-0,45	9
20-21	2,3	10	-3,5	4	0,72	14
22-23	1,67	9	3,5	2	2	11
24-25	1,89	8	9	2	4,3	10
26-27	0,33	3	1,33	1	1,3	4
> 27	-	-	4	2	4	2

Korrelationstest r=0,2823 p<0,05

Tabelle 3: Zusammenhang zwischen NW und Schulabschluß bei Berufstätigen

Schulabschluß	$\bar{x}$	n
Volksschule	-1,11	19
Mittelschule	+2,1	12
	t-Test	NS

Tabelle 4: Zusammenhang zwischen Schulbildung und Wissen über Geschlechtsfunktionen. (Betrifft nur die Gruppe der Berufstätigen).

Wissensstand	Volksschul-absolventinnen		Mittelschul-absolventinnen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
gut	2	10	7	59
mäßig	14	74	4	33
schlecht	3	16	1	8

Tabelle 5: Zusammenhang zwischen Schulbildung und Wissen über die Wirkungsweise der Ovulationshemmer. (Betrifft nur die Gruppe der Berufstätigen)

Wissensstand	Volksschul-absolventinnen		Mittelschul-absolventinnen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
gut	7	36	8	67
mäßig	11	58	3	25
schlecht	1	6	1	8

Tabelle 6: Zusammenhang zwischen NW-Rate und Kontakt zu den Eltern.

Kontakt zu den Eltern	I		II		Gesamt	
	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
sehr gut	1,37	19	-4,7	17	0,5	36
mäßig	0,28	7	0,57	14	0,47	21
schlecht	5,6	5	-	-	5,6	5

Tabelle 7: Gegenüberstellung von religiöser Erziehung und derzeitiger Einstellung

Antwort	religiöse Erziehung I	II	Gesamt	Antwort	religiöse Einstellung I	II	Gesamt
0	6	3	9	0'	1	1	2
1	16	16	32	1'	10	7	17
2	7	12	19	2'	12	20	32
3	2	0	2	3'	8	3	11

streng religiöse Erziehung (0) bzw. Einstellung (0')
weitgehend religiöse Erziehung (1) bzw. Einstellung (1')
unkirchliche Erziehung (2) bzw. Einstellung (2') jedoch ohne Kirchenaustritt
atheistische Erziehung (3) bzw. Einstellung (3')

Tabelle 8: Gegenüberstellung von politischer Erziehung und derzeitiger Einstellung

Antwort	politische Erziehung I	II	Gesamt	Antwort	politische Einstellung I	II	Gesamt
0	7	15	22	0'	3	14	17
1	14	10	24	1'	2	7	9
2	9	5	14	2'	18	5	23
3	1	1	2	3'	8	5	13

unpolitische Erziehung (0) bzw. Einstellung (0')
konservative Erziehung (1) bzw. Einstellung (1')
sozial-liberale Erziehung (2) bzw. Einstellung (2')
sozialistische Erziehung (3) bzw. Einstellung (3')

Tabelle 9: Zusammenhang zwischen NW-Rate und religiöser Einstellung

Antwort	I $\bar{x}$	I n	II $\bar{x}$	II n	Gesamt $\bar{x}$	Gesamt n
0'	-4	1	-1	1	-2,5	2
1'	-1,1	10	-2,86	7	-0,53	17
2'	1,75	12	1,15	20	1,37	32
3'	2,5	8	-0,67	3	1,45	11

Erläuterungen siehe Tabelle 7.

Tabelle 10: Zusammenhang zwischen NW-Rate und politischer Einstellung

	I		II		Gesamt	
Antwort	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
0'	3,3	3	-1,64	14	-0,76	17
1'	0	2	-0,14	7	-0,11	9
2'	1,33	18	5,8	5	2,3	23
3'	2,75	8	-1	5	1,3	13

Erläuterungen siehe Tabelle 8
Der Unterschied in der NW-Rate zwischen Probandinnen mit apolitischer und konservativer Einstellung (Antworten 0'+1') und denen mit sozial-liberaler bzw. sozialistischer Einstellung (Antworten 2'+3') ist signifikant $t=1,752$ $p<0,05$

Tabelle 11: Zusammenhang zwischen NW-Rate und der Frage, ob sich Frauen in ihrer religiösen (Tab.11a) und politischen (Tab.11b) Einstellung entscheidend von dem in der Erziehung vermittelten Standpunkt entfernt haben.

Tab.11a

A		B	
$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
3,38	8	0,61	54

Tab.11b

A'		B'	
$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
3,24	17	0,11	45

A = Probandinnen mit erheblicher Differenz zwischen religiöser Erziehung und religiöser Einstellung
B = Vergleichsgruppe ohne diese Differenz

A'= Probandinnen mit erheblicher Differenz zwischen politischer Erziehung und politischer Einstellung
B'= Vergleichsgruppe ohne diese Differenz

Tab.11a: $t=1,543$ $p<0,1$ Tab.11b: $t=2,385$ $p<0,0125$

Tabelle 12: Vergleich zwischen der Beurteilung des eigenen Wissens und dem Ergebnis der Tests zur Prüfung des Informationsstandes über Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane sowie über Wirkungsweise der Ovulationshemmer.

a) Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane

	I			II		
	Beurteilung des eigenen Wissens als:					
Testergebnis	gut	mäßig	schlecht	gut	mäßig	schlecht
gut	18	4	-	6	3	-
mäßig	6	3	-	9	8	1
schlecht	-	-	-	1	2	1

b) Wirkungsweise der Ovulationshemmer

	I			II		
	Beurteilung des eigenen Wissens als:					
Testergebnis	gut	mäßig	schlecht	gut	mäßig	schlecht
gut	18	5	-	9	4	1
mäßig	6	1	-	5	9	1
schlecht	-	1	-	2	-	-

Tabelle 13: Fragen des Tests "Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane". Anzahl und Prozentsatz (in Klammern) der richtigen Antworten.

	I	II	Gesamt
In welches Organ wird der Penis eingeführt?	31(100)	31(100)	62(100)
Durch welches Organ tritt das Kind bei der Geburt aus?	31(100)	29(94)	60(97)
In welchem Organ wächst die Frucht (das Kind) heran?	30(97)	29(94)	59(96)
Durch welches Organ gelangen die Eier in den Uterus?	30(97)	19(60)	49(79)
In welchem Organ entstehen die Eier?	26(84)	22(71)	48(78)
Welche Aufgaben haben die Geschlechtshormone?	22(71)	17(55)	39(63)
Welches Organ versorgt die Frucht?	21(68)	11(36)	32(52)
Was ist die Menstruationsblutung?	21(68)	9(29)	30(48)
Welche Organe produzieren Geschlechtshormone?	16(53)	5(16)	21(34)

Tabelle 14: Fragen des Tests "Wirkungsweise der Ovulations-Hemmer". Anzahl und Prozentsatz (in Klammern) der richtigen Antworten.
Die Aufgabe des Tests bestand darin, zu entscheiden, ob die vorgelegten Behauptungen zutreffen oder nicht.

	I	II	Gesamt
Die Pille ist ein Hormonpräparat.	30(97)	29(94)	59(95)
Die Pille macht die Eileiter undurchgängig.	27(87)	26(83)	53(85)
Die Pille verhindert die Eireifung.	24(77)	27(87)	51(82)
Die Pille tötet die Spermien ab.	28(90)	21(68)	49(79)
Die Pille erzeugt eine künstliche Schwangerschaft.	27(87)	21(68)	48(77)
Das befruchtete und eingenistete Ei wird durch die Pille abgestoßen.	25(81)	22(71)	47(76)
Die Pille ist ein Eisenpräparat.	29(94)	18(58)	47(76)
Die Pille verhindert die Einnistung des Eies.	23(74)	23(74)	46(74)
Die Pille verhindert den Eisprung.	25(81)	21(68)	46(74)
Die Pille setzt die Durchblutung der Gebärmutter herab, so daß die Frucht nicht ausreichend ernährt werden kann.	22(71)	21(68)	43(69)

Tabelle 15: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Information über (A) Aufbau und Funktion der Geschlechtsorgane und über (B) Wirkungsweise der Ovulationshemmer.

A)

	I		II		Gesamt	
Bewertung	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
0	-	-	0,37	4	0,37	4
1	0,8	9	0,93	18	0,88	27
2	2,16	22	1,64	9	1,96	31

Korrelationstest $r=0,394$ $p< 0,01$

B)

	I		II		Gesamt	
Bewertung	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
0	-	-	0,43	2	0,43	2
1	0,77	8	0,76	14	0,76	22
2	1,81	23	1,34	15	1,52	38

Korrelationstest $r=0,372$ $p< 0,05$

0=schlechter Wissensstand
1=mäßiger Wissensstand
2=guter Wissensstand

Tabelle 17: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und dem Grad der Offenheit, mit dem in der Familie sexuelle Probleme diskutiert worden sind.

	I		II		Gesamt	
Antwort	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
0	2	16	-0,5	10	1	26
1	1,55	11	0,66	18	1	29
2	1,75	4	-2,33	3	0	7

0 = Zu Hause wurde nie über Sexualität gesprochen.
1 = Zu Hause wurde nur über Sexualität gesprochen, wenn die Kinder danach gefragt haben.
2 = Die Eltern haben von sich aus offen über Sexualität gesprochen.

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und der Toleranz der Eltern gegenüber den sexuellen Aktivitäten.

	I		II		Gesamt	
Antwort	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
0	4,3	10	2,4	10	3,1	20
1	1,21	19	-1,75	12	-0,06	31
2	-0,5	2	0,33	9	0,36	11

0 = Verbot jeder Freundschaft mit Jungen
1 = Erlaubnis von Petting
2 = Erlaubnis von Geschlechtsverkehr

Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Alter beim ersten Geschlechtsverkehr.

	I		II		Gesamt	
Alter	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
vor dem 15. Lebensjahr	-	-	-1,33	3	-1,33	3
15-18 Jahre	1,4	5	-0,13	24	-0,17	29
19-21 "	1,9	20	0,0	2	1,73	22
22-24 "	1,0	5	3,5	2	1,7	7
älter als 25 J.	-4,0	1	-	-	-4,0	1

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und dem zeitlichen Abstand vom ersten Geschlechtsverkehr zum Beginn der Pilleneinnahme.

	I		II		Gesamt	
Antwort	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
0	1,57	7	-2,29	7	-0,35	14
1	2,8	10	-1,2	10	0,8	20
2	1,5	10	1,14	7	1,35	17
3	0,5	4	2,86	7	2	11

Mit der Pilleneinnahme wurde begonnen:
0 = vor dem ersten Geschlechtsverkehr,
1 = 0-6 Monate nach dem ersten Geschlechtsverkehr
2 = 7-24 Monate nach dem ersten Geschlechtsverkehr
3 = 2 und mehr Jahre nach dem ersten Geschlechtsverkehr

Korrelationstest für die Gesamtstichprobe $r = 0,106$ NS
Korrelationstest für Gruppe II $r = 0,372$ $p < 0,05$

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Dauer der Pilleneinnahme.

Antwort	I $\bar{x}$	I n	II $\bar{x}$	II n	Gesamt $\bar{x}$	Gesamt n
0	-	-	-3,5	4	-3,5	4
1	0,5	4	-3,3	7	-1,9	11
2	3,2	6	-2,66	3	1,2	9
3	1,67	21	2,67	17	2,1	28

Dauer der Pilleneinnahme:
0 = bis 3 Monate
1 = 4-6 Monate
2 = 7-12 Monate
3 = 1 Jahr
Korrelationstest $r = 0,394$ $p < 0,01$

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs.

Antwort	I $\bar{x}$	I n	II $\bar{x}$	II n	Gesamt $\bar{x}$	Gesamt n
0	3,41	17	-3,16	6	3,0	23
1	0	7	1,11	17	0,79	24
2	-2,33	3	1	7	0,0	10
3	1,25	4	-7	1	-0,4	5

Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs pro Monat:
0 = 12 mal
1 = 5-11 mal
2 = 1-4 "
3 = seltener als einmal
Korrelationstest $r = 0,263$ $p < 0,05$

Tabelle 23: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Wunsch nach mehr Verkehr.

Antwort	I $\bar{x}$	I n	II $\bar{x}$	II n	Gesamt $\bar{x}$	Gesamt n
0	0,05	11	-1,9	10	-0,66	21
1	2,79	19	0,91	21	1,8	40
2	-2,0	1	-	-	-2,0	1

0 = Wunsch nach mehr Verkehr
1 = mit der Koitusfrequenz zufrieden
2 = lieber weniger Verkehr
t-Test NS

Tabelle 24: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Orgasmusfähigkeit.

	I		II		Gesamt	
Antwort	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
0	3,0	5	1,72	7	2,25	12
1	2,0	13	0,66	15	1,28	18
2	1,16	6	-0,5	4	0,5	10
3	1,14	7	-4	5	-1	12

Der Orgasmus wird:
0 = immer; 1 = überwiegend; 2 = selten; 3 = nie erreicht.
Korrelationstest $r = 0,227$ $p < 0,1$

Tabelle 25: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Veränderung der Orgasmushäufigkeit unter der Pilleneinnahme.

	I		II		Gesamt	
Antwort	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
0	4,63	8	2,91	11	3,93	19
1	0,5	16	-0,78	9	0,04	25
2	-	-	-1,75	4	-1,75	4
3	- 1,57	7	-2.54	7	-0,5	14

Die Orgasmusfähigkeit hat unter der Pilleneinnahme:
0 = zugenommen; 1 = sich nicht verändert; 2 = abgenommen;
3 = Frage entfällt, da die Probandinnen beim 1. Geschlechtsverkehr bereits Ovulationshemmer eingenommen haben.
Korrelationstest $r = 0,614$ $p < 0,001$

Tabelle 26: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Veränderung des sexuellen Bedürfnisses nach Beginn der Pilleneinnahme.

	I		II		Gesamt	
Antwort	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
0	5,0	6	0,5	6	2,75	12
1	0,83	18	1,13	15	0,77	33
2	-	-	-3,5	2	-3,5	2
3	1,57	7	-1,63	8	-0,13	15

0 = Libidozunahme; 1 = keine Libidoveränderung; 2 = Libidoabnahme; 3 = Frage entfällt, da die Probandinnen beim 1. Geschlechtsverkehr bereits Ovulationshemmer eingenommen haben.
Korrelationstest $r = 0,259$ $p < 0,05$

Tabelle 27: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Anzahl der Geschlechtspartner.

	I		II		Gesamt	
Antwort	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
0	1,25	16	-0,25	20	0,42	36
1	0,5	8	0,71	7	0,6	15
2	3,83	6	3,67	3	3,78	9
3	9,0	1	-11,0	1	-1,0	2

0 = 1-2 Partner; 1 = 3-5 Partner; 2 = 6-10 Partner;
3 = mehr als 10 Partner
Korrelationstest r = 0,194 NS

Tabelle 28: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Einstellung zum vorehelichen Geschlechtsverkehr.

	I		II		Gesamt	
Antwort	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
1	0,45	9	1,67	3	0,75	12
2	2,36	22	-0,94	28	0,94	50

Vorehelicher Geschlechtsverkehr wird 1 = nur mit dem zukünftigen Ehepartner, 2 = auch mit anderen Partnern als erlaubt angesehen.

Tabelle 29: Zusammenhang zwischen Nebenwirkungsrate und Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch.

	I		II		Gesamt	
Antwort	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n	$\bar{x}$	n
0	1,71	7	-0,86	7	0,43	14
1	1,83	24	0,25	24	1,06	48

0 = Schwangerschaftsabbruch gilt als nicht erlaubt
1 = Schwangerschaftsabbruch gilt als erlaubt

t-Test t = 1,939 $p < 0,05$

F R A G E B O G E N

1. Wie alt sind Sie?
(0) 15-17 J; (1) 18-19 J; (2) 20-21 J; (3) 22-24 J;
(4) 24-25 J; (5) 26-27 J; (6) 28-29 J.

2. Beruf des Vaters
(Ø) soziale Oberschicht
(1) soziale Mittelschicht
(2) soziale Unterschicht

3. Beruf der Mutter
(0) Mutter berufstätig
(1) Mutter nicht berufstätig

4. Wie groß ist der Ort, in dem Sie aufgewachsen sind?
(0) bis 5000 E.; (1) 5000-20.000 E.,
(2) 20.000-100.000E., (3) mehr als 100.000E.,
(4) wechseln

5. Welchen Schulabschluß haben Sie?
(0) keinen, Sonderschule, Volksschule;
(1) Mittelschule (Fachschule u. höhere Handelsschule);
(2) Gymnasium bzw. 2. Bildungsweg.

6. Welcher Konfession gehören Sie an?
(0) römisch-katholisch, (1) evangelisch und freikirchlich, (2) andere Glaubensgemeinschaften,
(3) konfessionslos

7. Welches der folgenden Ereignisse in Ihrer Umwelt hat sich bei Ihnen ereignet?
(0) Tod der Mutter, (1) Tod des Vaters, (2) Tod beider Elternteile, (3) Trennung od. Scheidung der Eltern, (4) uneheliche Geburt, (5) Heim- oder Pflegeerziehung, obwohl die Eltern noch lebten, (6) Heim- od. Pflegeerziehung wegen Tod eines oder mehrerer Elternteil, Trennung der Eltern od. uneheliche Geburt.

8. Wieviele Geschwister haben Sie?
(0) keine, (1) 1-2, (2) 3 und mehr

9. Welchen Kontakt haben Sie jetzt zu Ihren Eltern?
(0) ich habe einen sehr guten Kontakt, (1) ich habe mäßig guten Kontakt, (2) ich habe schlechten Kontakt

10. Wie sind Sie zuhause politisch erzogen worden?
(0) zuhause hat man nie über Politik gesprochen (unpolitisch), (1) man hat uns beigebracht, Politik sei vorwiegend zur Herstellung von Recht u. Ordnung da (konservativ), (2) ich bin vorwiegend sozial und liberal erzogen worden, d.h. es sei die Aufgabe der Politik, jedem Bürger möglichst viel Freiheit und soziale Gerechtigkeit zukommen zu lassen, (3) ich bin sozialistisch bzw. kommunistisch erzogen worden

11. Wie ist Ihre eigene politische Einstellung?
(0) ich bin politisch uninteressiert, (1) ich bin konservativ eingestellt, (2) ich bin sozial-liberal eingestellt, (3) ich bin sozialistisch bzw. kommunistisch eingestellt

12. Wie sind Sie religiös erzogen worden?
(0) streng in einer bestimmten Glaubensrichtung, das ganze Leben sollte danach ausgerichtet sein, (1) obwohl ich in einer Glaubensrichtung erzogen wurde, ist mir die Entscheidung über meine religiöse Bindung freigestellt worden, (2) in unserer Familie hatte die Religion keine oder nur eine geringe Bedeutung, (3) ich bin bewußt gottlos erzogen worden

13. Wie ist jetzt Ihre religiöse Einstellung?
(0) ich richte meine ganze Lebensweise nach religiösen Grundsätzen aus, (1) die Religion hat für mich eine große Bedeutung, doch bestimmt sie nicht alle meine Lebensentscheidungen, (2) an sich ist mir die Religion egal, ich möchte aber nicht aus der Kirche austreten, (3) ich bin gottlos atheistisch

14. Wie freimütig war man in Ihrer Familie sexuellen, d.h. geschlechtlichen Fragen gegenüber (bis 18 J.)
(0) zuhause wurde nie über Sexualität gesprochen, (1) zuhause wurde nur über Sexualität gesprochen, wenn eines der Kinder danach fragte, (2) die Eltern haben von sich aus freimütig über Sexualität gesprochen

15. Wie verhielten sich Ihre Eltern Ihren Jungensfreundschaften gegenüber?
(0) meine Freundschaft mit Jungen wurde immer streng beaufsichtigt, (1) meine Eltern hatten nichts dagegen, wenn ich mit meinem Freund einige Zeit alleine war, so daß wir auch die Möglichkeit hatten, Liebesspiele (petting) zu machen, aber keinen Geschlechtsverkehr zu haben, (2) die Eltern hatten nichts dagegen, wenn ich Geschlechtsverkehr hatte.

15. Glauben Sie, daß Sie über den Aufbau u. die Aufgaben der Geschlechtsorgane ausreichend Bescheid wissen?
(0) ja, (1) ich weiß einiges, manches ist mir aber noch unklar, (2) nein

Was wissen Sie über Aufbau und Aufgabe der Geschlechtsorgane.

16. In welches Organ wird der männliche Penis (Glied) eingeführt?
(in die Scheide/Vagina) (0) richtig, (1) falsch

17. In welchem Organ wächst die Frucht (Kind) heran?
(in der Gebärmutter/Uterus)

18. Durch welches Organ kommen die Eier in die Gebärmutter?
(durch den Eileiter/Tube)

19. In welchem Organ entstehen die Eier?
(im Eierstock/Ovar)

20. Welches Organ versorgt die Frucht?
Mutterkuchen, Nachgeburt/Plazenta)

21. Durch welches Organ tritt das Kind bei der Geburt aus?
(durch die Scheide/Vagina)

22. Was ist die Menstruationsblutung?
(die Abstoßung der Gebärmutter/Uterus-Schleimhaut)

23. Welche Aufgaben haben die Geschlechtshormone?
(Steuerung der geschlechtsspezifischen Entwicklung, des Zyklus, der Schwangerschaft)

24. Welche Organe produzieren Geschlechtshormone?
(Eierstock/Ovar, Mutterkuchen/Plazenta)

Was wissen Sie über die Wirkungsweise der Antibabypille.

25. Die Pille verhindert die Eireifung
(0) richtig, (1) falsch

26. Die Pille verhindert die Einnistung des Eies

27. Die Pille setzt die Durchblutung der Gebärmutter/Uterus herab, so daß die Drucht nicht ausreichend ernährt werden kann.

28. Die Pille erzeugt eine künstliche Schwangerschaft

29. Die Pille ist ein Eisenpräparat

30. Die Pille macht die Eileiter undurchgängig

31. Die Pille verhindert den Eisprung

32. Das befruchtete und eingenistete Ei wird durch die Pille abgestossen

33. Die Pille tötet die Spermien/Samen ab

34. Die Pille ist ein Hormonpräparat

Von welchen Wirkungen der Pille auf den gesamten Menschen haben Sie durch Presse, Bekannte oder Ihrem Arzt gehört?

Welchen drei dieser Pillenwirkungen messen Sie die größte Bedeutung bei?

35. In welchem Alter hatten Sie zum ersten Mal Geschlechtsverkehr?
(0) vor dem 15. LJ., (1) 15-18 J., (2) 19-21 J., (3) 22-24 J., (4) nach dem 24. LJ.

36. Wann haben Sie mit der Pilleneinnahme begonnen?
(0) vor dem ersten Geschlechtsverkehr, (1) bis 1/2 Jahr nach dem ersten GV., (2) 1/2 bis 2 J. danach, (3) 2 und mehr J. danach

37. Befürworten Sie vorehelichen Geschlechtsverkehr?
(0) nein, (1) ja, nur mit dem zukünftigen Ehepartner, (2) ja, auch mit mehreren Partnern

38. Halten Sie eine künstliche Abtreibung für erlaubt, wenn sie von einem Arzt vorgenommen wird?
(0) nein, (1) ja, (2) weiß nicht

39. Welches Präparat nehmen Sie?

40. Lassen Sie sich jetzt regelmäßig ärztlich untersuchen?
(0) nein, (1) alle 3 Monate, (2) alle 6 Monate, (3) 1 x im Jahr oder weniger

41. Wodurch sind Sie vor allem zu dem Entschluß, die Pille einzunehmen, gekommen?
(0) ärztliches Anraten, (1) Partnerwille, (2) gemeinsame Partnerentscheidung, (3) eigener Entschluss, (4) Fremdbestimmung, (5) weiß nicht

42. Wie lange nehmen Sie die Pille?
(0) 0-3 Monate, (1) 3-6 Monate, (2) 1/2-1 J.,(3) 1 J.

Welche Wirkungen ruft die Pille bei Ihnen während der Einnahme hervor und werten Sie diese Wirkungen positiv oder negativ?
(0) spontan positiv, (1) spontan negativ, (2) befragt positiv, (3) befragt negativ

43. Wegfall von Spannungsgefühl und Nervosität

44. Wegfall von Verstimmung

45. Wegfall von Obstipation

46. Wegfall von Unterleibsschmerzen

47. Wegfall von Kopfschmerzen, Migräne

48. Wegfall von Brustspannen

49. Wegfall von Gewichtszunahme

50. Wegfall des Mittelschmerzes

51. Wegfall von Zwischenblutungen

52. Verringerung der Blutungsmenge

53. Regelmäßigkeit der Periode

54. Psychische Ausgeglichenheit

55. Verbesserung der Partnerbeziehung

56. Kopfschmerzen

57. Zwischenblutungen

58. Gespannte Brüste

59. Unterleibsschmerzen

60. Fluor

61. Prämenstruelle Beschwerden

62. Gewichtszunahme

63. Appetitzunahme

64- Appetitabnahme

65. Übelkeit

66. Verändertes Schlafbedürfnis

67. Verändertes Wärmebedürfnis

68. Veränderte Appetitrichtung

69. Schwitzen

70. Beinbeschwerden

71. Schwindel

72. Erbrechen

73. Obstipation

74. Herzsensationen

75. Ödeme

76. Antriebsschwäche

77. Dysphorische Verstimmung

78. Euphorische Verstimmung

79. Durchfall

80. Affektlabilität

Sonstiges:

---

81. Hat die Pilleneinnahme Ihr sexuelles Bedürfnis verändert?
(0) hat zugenommen, (1) nein, (2) hat abgenommen,
(3) entfällt

82. Wie oft haben Sie Geschlechtsverkehr?
(0) 3x und häufiger/Woche, (1) 1-2x/Woche,
(2) 1-4x/Monat, (3) seltener

83. Wünschen Sie sich mehr oder weniger Verkehr?
(0) mehr, (1) bin zufrieden, (2) weniger

84. Wie oft kommen Sie beim Geschlechtsverkehr zum Höhepunkt der sexuellen Lust (Orgasmus)?
(0) ich kommer immer zum Orgasmus, (1) nur selten erreiche ich den Orgasmus nicht, (2) ich erreiche nur selten den Orgasmus, (3) ich erreiche den Orgasmus nie

85. Erreichen Sie nach Pilleneinnahme den Orgasmus seltener oder häufiger als früher?
(0) seltener, (1) unverändert, (2) häufiger, (3) entfällt

86. Mit wieviel Männern hatten Sie Geschlechtsverkehr?
(0) 1-2, (1) 3-5, (2) 6-10, (3)10 u. mehr

87. Waren Sie schon einmal schwanger?
(0) nein, (1) 1x, (2) 2 u. mehrere Male

88. Haben Sie bei sich schon einmal eine Abtreibung machen lassen?
(0) nein, (1) ja, legal, (2) ja, illegal

89. Haben Sie Kinder?
(0) nein, (1) 1 Kind, (2) 2 u. mehr Kinder

90. Welchen Beruf haben Sie? (Nennung
Sind Sie mit Ihrer Tätigkeit als..... zufrieden?
(0) ja, (1) ich möchte einen anderen Beruf haben, (2) ich möchte Hausfrau sein, (3) möchte keinen Beruf haben

91. Wer sollte Ihrer Ansicht nach die Verantwortung dafür tragen, daß es zu keiner Schwangerschaft kommt?
(0) die Frau, (1) der Mann, (2) beide

92. Sehnen Sie sich manchmal nach ein wenig Ungewißheit, schwanger zu werden oder nicht?
(0) ja, (1) manchmal, (2) nein, ich möchte immer kontrazeptionelle Sicherheit haben

93. Wäre es Ihnen lieber, wenn die Umstände es erlaubten, jetzt verheiratet zu sein u. ein Kind zu haben?
(0) ich möchte weder verheiratet sein, noch ein Kind haben, (1) ich möchte gerne nur verheiratet sein, (2) ich möchte gerne nur Mutter sein, (3) ich wäre jetzt gerne verheiratet und Mutter

94. Was sind Ihrer Ansicht nach die wichtigsten Aufgaben der Frau? (Nennung in der Reihenfolge vom Wichtigen zum Unwichtigen)
(0) Mutter, (1) Hausfrau, (2) Geschlechtspartner, (3) wichtigster Gesprächspartner des Mannes, (4) Beruf

95. Haben Sie bisweilen ein schlechtes Gewissen, weil Sie Geschlechtsverkehr haben?
(0) nein, (1) manchmal, (2) oft

96. Wie würde Ihre Umgebung, besonders Ihre Eltern, reagieren, wenn Sie schwanger würden?
(0) würde zum Bruch mit der Familie führen, (1) würde schwere Belastung für das entsprechende Verhältnis sein, (2) man würde sich damit abfinden, (3) man würde es nicht als Vergehen ansehen, sondern mich in jeder Hinsicht unterstützen

97. Haben Sie manchmal das Gefühl, daß andere wegen Ihrer Pilleneinnahme einen schlechten Eindruck von Ihnen haben?
(0) nein, (1) ja

98. Geben Sie Ihren Bekannten u. Freunden gegenüber zu, daß Sie die Pille nehmen?
(0) nein, (1) nur den engsten Freunden, (2) ich sehe keinen Grund zur Verheimlichung

99. Wie schätzen Sie das Verhältnis zu Ihrem Partner ein?
(0) ich glaube, den idealen Partner zu haben, (1) ich glaube einen guten Partner zu haben, könnte mir aber einen besseren vorstellen, (2) es besteht erhebliche Uneinigkeit, schlechterer Partner wäre aber denkbar (4) grundsätzliche Ablehnung jeder festeren Bindung

100. Wer sollte in einer Freundschaft oder Ehe bei Entscheidungen das letzte Wort haben?
(0) Frau, (1) mann, (2) Frau u. Mann (vom Einzelfall abhängig)

101. Wer trifft in der Regel in Ihrer Freundschaft die letzte Entscheidung?
(0) Frau, (1) Mann, (2) hängt vom Einzelfall ab

102. Sind Sie mit diesem Zustand zufrieden?
(0) ja, (1) nein

103. Sind Sie beim Geschlechtsverkehr gewöhnlich der aktivere oder passivere Teil?
(0) aktiver, (1) passiver, (2) kein Unterschied, (3) wechselt

104. MPI
Introversion/Extraversion

105. Neurotische Tendenzen

106. MPI
Stärke der neurotischen Tendenz
(0) normal, (1) Normalität zweifelhaft
(2) abnorm, (3) schwerwiegend abnorm

107. Lügenwert
(0) zweifelhaft, (1) normal, (2) zweifelhaft im Sinne der Dissimulation, im Sinne der Simulation
(3) uninterpretierbar

Herrn Prof. Dr. H. Roemer danke ich für die Anregung und die freundliche Überlassung des Themas sowie die bereitwillige Unterstützung, die er dieser Arbeit bis zu seinem Tode hat zukommen lassen.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. V. Frick, die die Durchführung und Auswertung dieser Untersuchung durch vielfältigen Rat und unermüdliche Betreuung in jeder Weise gefördert hat.

L e b e n s l a u f

Am 17.11.1943 wurde ich, Sigurd Keßler, als Sohn des Arztes Dr. med. Heinz Keßler und seiner Ehefrau Käthe, geb. Maute, in Tübingen geboren.
Von 1950 bis 1954 besuchte ich die Volksschule in Emden/Ostfriesland, von 1954 bis 1964 das dortige Gymnasium für Jungen, wo ich am 19. Februar 1964 das Abitur bestand.
Nach dem Militärdienst bei der Bundeswehr von 1964 bis 1966 begann ich im Sommersemester 1966 das Medizinstudium in Tübingen. Dort legte ich am 15. Februar 1972 die ärztliche Prüfung ab.
Die Medizinalassistentenzeit leistete ich von 1972 bis 1973 an der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen, dem Städtischen Krankenhaus Sindelfingen und am Städtischen Krankenhaus Lörrach ab.
Die Approbation als Arzt erhielt ich am 31. Mai 1973.
Seit Juni 1973 bin ich im Städtischen Krankenhaus Lörrach als chirurgischer Assistent tätig.